FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN DENOY

Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Narbonne (Aude), le 14 Août 1901

Les Interventions Evacuatrices de l'Utérus

PENDANT LES

SIX PREMIERS MOIS DE LA GROSSESSE

(Indications, Technique, Accidents)

Travail de la Clinique Obstétricale de la Pitié (Service de M. le Pr Jeannin)

Président : M. JEANNIN, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1926

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

VI. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

À MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur JEANNIN

Professeur de clinique obstétricale

Accoucheur de la Pitié

Hommage de ma profonde reconnaissance et de ma respectueuse affection.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1918-1919 M. le Professeur A. BROCA (*in memoriam*).
1919-1920 M. le Docteur JOSUÉ (*in memoriam*).

Externat

1920-1921 M. le Docteur MARTIN.
1921 M. le Docteur CAPETTE.
1921-1922 M. le Docteur ARROU.

Internat

1923-1924 M. le Docteur RICHE.
1924-1925 M. le Docteur HALLOPEAU (*in memoriam*).
1925-1926 M. le Docteur BAUMGARTNER.
1925-1926 M. le Professeur JEANNIN.
1926-1927 M. le Professeur MARION.

A MM. les Docteurs :

GERNEZ, MÉTIVET, MADIER, DENIKER,
GOUVERNEUR

Introduction

Nous allons nous efforcer dans ce travail de décrire les indications, la technique et les accidents des interventions évacuatrices de l'utérus gravide pendant les six premiers mois. Nous laisserons volontairement de côté les recherches bibliographiques et nous nous bornerons à relater ce que nous avons vu pratiquer à la clinique obstétricale de la Pitié et l'enseignement que nous avons retiré des leçons de notre maître, M. le professeur Jeannin. Cette étude sera basée sur des observations hospitalières recueillies à la maternité de la Pitié et sur des observations de ville dues à l'obligeance de notre maître. Cependant, parmi les indications des interventions évacuatrices, il en existe quelques-unes que l'on rencontre fort rarement : il nous est impossible de rapporter des observations ayant trait à ces indications, mais nous avons cru bon de les signaler, afin que la question soit traitée aussi complètement que possible.

Bien entendu, nous aurons toujours en vue, dans cette étude, l'utérus gravide en dehors de tout travail : nous ne nous occuperons donc pas des évacuations utérines pratiquées en cours d'avortement commencé.

Il s'agit d'un sujet qui nous a paru présenter un inté-

rêt considérable pour des raisons multiples : tout d'abord c'est une question de pratique courante, c'est un problème de tous les jours; d'un autre côté, c'est un sujet souvent complexe dans les décisions à prendre, dans la technique à adopter.

C'est le prototype de la chirurgie obstétricale : il comprend une partie qui relève des méthodes obstétricales pures et une partie uniquement chirurgicale, et ce serait errer que de vouloir envisager ce sujet en accoucheur strict ou en chirurgien ignorant des méthodes obstétricales.

Indications

Nous laisserons de côté toute une série d'affections qui ont pu être classées autrefois au nombre des indications de l'interruption de la grossesse, mais qui, dans l'état des connaissances actuelles, ne justifient pas l'intervention évacuatrice du contenu utérin :

1° *Tout d'abord les maladies aiguës survenant au cours de la grossesse.* Dans ces circonstances, il paraît bien peu justifié d'interrompre la grossesse. L'intervention paraît en effet aggraver le pronostic général de ces affections; d'ailleurs souvent, dans ces cas, l'avortement se produit spontanément;

2° *Tous les obstacles prœvia,* qu'il s'agisse d'un rétrécissement du bassin ou d'une tumeur (kyste, fibrome). Dans ces cas, la question de l'avortement provoqué ne peut pas se poser, et dans l'état actuel des connaissances chirurgicales, on ne craindra pas de laisser évoluer la grossesse jusqu'au terme pour pratiquer alors une opération césarienne bien réglée;

3° *Toute une série d'affections susceptibles* de se compliquer au cours de la grossesse : appendicite, kyste,

fibrome, tumeurs, etc.... Ces affections ne relèveront en aucune sorte de l'avortement provoqué; elles seront traitées, en elles-même, chirurgicalement.

Nous allons étudier maintenant les indications proprement dites des interventions évacuatrices de l'utérus gravide pendant les six premiers mois. Nous étudierons tout d'abord les états pathologiques aggravés par la grossesse et susceptibles de justifier l'intervention. Nous examinerons ensuite les indications de l'intervention évacuatrice au cours des états pathologiques créés par la grossesse. Nous terminerons enfin par l'étude de l'évacuation du contenu utérin au cours des rétentions d'œuf mort.

A. — Etats pathologiques agravés par la Grossesse.

I. — Tuberculose.

Notre but n'est pas d'entreprendre ici l'étude complète des rapports de la tuberculose et de la grossesse. Nous nous bornerons simplement à indiquer succintement les conditions dans lesquelles nous avons vu pratiquer à la clinique obstétricale de la Pitié l'interruption artificielle de la grossesse chez les tuberculeuses.

Quels sont les cas où il ne faut pas interrompre la grossesse ?

a) *Les tuberculoses avec lésions très avancées.*

Dans ces cas les résultats de toute intervention évacuatrice paraissent vains et l'interruption de la grossesse n'aura guère d'action sur l'évolution progressivement fatale de la tuberculose.

b) *Les tuberculoses complètement cicatrisées avec état floride.*

Cependant il convient de surveiller de très près ces malades et de les soumettre à un traitement médical approprié; il est en effet avéré que dans l'immense majorité des cas la grossesse aggrave la tuberculose et il est possible de voir ces formes complètement cicatrisées se réveiller à l'occasion d'une gestation.

c) *Les grossesses de plus de quatre mois.*

On s'est aperçu qu'à partir de cette date, lorsque l'on pratiquait l'évacuation du contenu utérin, souvent l'amélioration cherchée ne se produisait pas; en général, après le quatrième mois, l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses se rapproche, au point de vue pathologique, de l'accouchement à terme, et très souvent les femmes présentent des accidents semblables aux accidents graves des suites de couches. Telles sont les raisons qui ont conduit à ne plus pratiquer, dans les cas de tuberculose, l'interruption artificielle de la grossesse après le quatrième mois.

Quels sont les cas où il faut interrompre la grossesse ?

a) *Les tuberculoses en évolution constituent l'indication majeure* d'évacuation de l'utérus dans le début de la grossesse.

On se basera :

sur l'état des lésions,

sur l'aggravation symptomatique : toux intense, souvent émétisante, entraînant de ce fait une dénutrition plus ou moins marquée; expectoration abondante, bacillifère; amaigrissement très accentué; poussées thermiques.

sur les examens radioscopiques,

sur la réaction de la tuberculine : c'est une épreuve indispensable; cette réaction sera souvent en désaccord avec l'aspect clinique, mais la négati-

vité de la cuti-réaction présente une grande valeur et comporte un mauvais pronostic; elle fera souvent pencher en faveur de l'interruption de la grossesse.

Le peu de valeur du produit de conception des tuberculeuses est un élément qui vient souvent plaider en faveur de l'intervention. Il s'agit fréquemment de prématurés, d'enfants malingres, chétifs, dont l'avenir est souvent très sombre. Les statistiques du professeur Couvelaire ont en effet montré que 38 p. 100 de ces enfants succombaient au cours du premier mois, 50 p. 100 au cours de la pemière année, et cependant cette étude a été basée sur des enfants élevés au lait de nourrice et soustraits, dès leur naissance, au contact maternel;

b) *Indépendamment des cas de tuberculose évolutive*, il existe en outre une circonstance spéciale dans laquelle on sera souvent tenté d'interrompre la grossesse : c'est lorsqu'il s'agit d'une tuberculeuse qui, peu de temps après une grossesse menée jusqu'au terme, recommence une nouvelle grossesse. Dans ce cas on est en droit de craindre une aggravation de l'affection et cette crainte peut légitimer l'intervention évacuatrice du contenu utérin.

Dans certains cas particuliers, où l'on a décidé d'interrompre la grossesse, on en arrive à se demander si l'hystérectomie ne serait pas préférable à l'avortement thérapeutique, afin d'éviter à ces femmes des accidents toujours susceptibles de se produire au cours des gestations ultérieures. On sera tenté de pratiquer l'ablation de l'uté-

rus chez les tuberculeuses enceintes âgées, et chez les multipares qui, à chaque grossesse, présentent des accidents inquiétants.

En résumé, la ligne de conduite adoptée à la maternité de la Pitié est la suivante : interrompre la grossesse dans les tuberculoses en évolution, mais intervenir précocement et après quatre mois, délai maximum, laisser évoluer la grossesse.

Observation 1

Mme B..., quartipare de 23 ans, est admise le 24 septembre 1925 à la Maternité de la Pitié.

Antécédents héréditaires et physiologiques sans intérêt.

Antécédents pathologiques : soignée à Berck à 6 ans pour tuberculose osseuse : lésions de l'os malaire droit et du pied gauche (plâtre pendant un an); à 15 ans, pleurésie droite.

Antécédents obstétricaux :

Première grossesse en 1919, accouchement naturel à terme; fille vivante, 3.000 gr., morte à 7 jours.

Deuxième grossesse en 1921, accouchement naturel à terme; garçon vivant pesant 3.500 gr., mort à 7 mois, de rougeole.

Troisième grossesse en 1923, accouchement naturel à terme; garçon vivant pensant 4.000 gr., actuellement bien portant.

Quatrième grossesse actuelle, dernières règles le 15 juillet; il s'agit donc d'une grossesse de deux mois environ.

Examen général : femme pâle, amaigrie.

Pulmonaire : submatité des deux sommets, surtout marquée du côté droit; à ce niveau on entend quelques craquements.

Radioscopique : sommets voilés, nombreuses adénopathies trachéo-bronchiques.

Gynécologique : col long fermé; utérus augmenté de volume

de consistance molle. Son fond remonte à trois travers de doigts au-dessus du pubis.

Cuti-réaction très faiblement positive.

On décide d'évacuer l'utérus.

Le 2 octobre, à 15 heures, pose d'une laminaire n° 15.

Le 3 octobre, à 11 heures, intervention sous-anesthésie à l'éther. Dilatation facile aux bougies d'Hégar. On la poursuit jusqu'au moment où l'on croit pouvoir passer la curette de Cuzzi. Celle-ci est aisément introduite. Curettage ramenant l'œuf par fragments. Curettage de révision à la curette fenétrée. Légère hémorragie. Badigeonnage iodé de la cavité utérine. Tamponnement utéro-vaginal.

Six heures après, ablation du tamponnement.

Bonnes suites opératoires : la malade sort de l'hôpital le 12e jour.

OBSERVATION 2

Mme P..., 40 ans, deuxième geste. Entre à la Maternité de la Pitié le 15 février 1926.

Antécédents héréditaires et physiologiques sans intérêt.

Antécédents pathologiques : le début de la bacillose semble remonter à janvier 1924, date à laquelle la malade a présenté des phénomènes bronchitiques avec fièvre légère, expectoration muco-purulente, amaigrissement. Cette bronchite dura deux mois; il y eut alors sédation de symptômes fonctionnels, mais en octobre 1924 la toux redevient fréquente, il y a de la fièvre, de l'asthénie, l'amaigrissement s'accentue. D'octobre 1924 à février 1926, état stationnaire.

Antécédents obstétricaux : fausse-couche de trois mois en 1919.

Grossesse actuelle : dernières règles le 4 novembre.

Examen général : pâleur, amaigrissement, température, 37°8.

Pulmonaire : submatité des deux sommets surtout marquée

à gauche. De ce côté, on entend des craquements après la toux.

Radioscopique. Ombre massive ne s'éclairant pas à la toux au niveau du sommet gauche. Sommet droit voilé.

Gynécologique : col long, fermé, utérus volumineux, consistance molle. Le fond remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

Cuti-réaction négative.

On décide d'intervenir. Le 15 février, à 17 heures, pose d'une laminaire; seul un numéro 10 peut être introduit en raison du peu de souplesse du col. Le soir même, à 23 heures, on place aisément une laminaire n° 16.

Le 16 février, à 10 heures, intervention sous-anesthésie à l'éther. Dilatation aux bougies d'Hégar; le doigt peut être introduit, mais on ne parvient pas à extraire le fœtus. On décide alors de pratiquer un curettage au moyen de la curette de Cuzzi; on ramène de nombreux fragments fœtaux, mais bientôt une hémorragie très abondante apparaît. Il reste alors encore dans l'utérus la tête fœtale et le placenta. L'hémorragie redouble et paraît mettre la vie de la femme immédiatement en danger. Quelques essais rapides d'extraction de la tête restent vains, mais le pouls devenant très mauvais, la face se décolorant, on n'insiste pas et on pratique un tamponnement utérin serré.

L'état général de la femme est fort alarmant; sérum intraveineux, huile camphrée, transfusion sanguine de 200 gr.; le pouls redevient meilleur, la malade se recolore.

A 17 heures, ablation du tamponnement; à sa suite vient la tête fœtale.

Dans la nuit le placenta est expulsé.

Bonnes suites opératoires. La malade quitte la Pitié le 24 février.

II. — Cardiopathies.

Les cardiopathies mal compensées pourront être justiciables de l'avortement thérapeutique.

Il s'agit de lésions mitrales et le plus souvent de lésions complexes en particulier de maladie mitrale acquise. Il est possible d'observer chez des femmes des accidents vers le milieu de la grossesse.

Quels seront ces accidents ?

Les décrire serait faire toute l'étude des accidents gravido-cardiaques et nous nous bornerons à les énumérer.

On observera :

a) Des crises de palpitations, parfois de l'arythmie;

b) Des œdèmes plus ou moins prononcés;

c) De l'albuminurie passagère avec oligurie;

d) Des troubles pulmonaires : crises de dyspnée, poussées congestives des bases et parfois quelques hémoptyies.

Quelle sera leur évolution ?

Le plus souvent, sous l'influence du repos et du traitement médical, on verra ces troubles disparaître ou tout au moins s'atténuer, permettant ainsi la continuation de la grossesse.

Telle est l'évolution la plus fréquente de ces accidents qui sont rarement assez intenses pour nécessiter une intervention évacuatrice. Cependant, si malgré le repos complet au lit, la digitale, les petites saignées répétées,

la dyspnée persiste ou s'accentue, le pouls faiblit, si on ne voit pas la cyanose et les œdèmes diminuer, l'oligurie faire place à une diurèse normale, en un mot si l'insuffisance cardiaque s'affirme de plus en plus, on peut être amené à interrompre la grossesse. C'est, nous l'avons déjà dit, une éventualité rare, mais lorsque les accidents iquiétants surviennent et que l'on décide d'intervenir, c'est aux méthodes rapides que l'on sera tenté de donner la préférence.

III. — Goitre exophtalmique.

Le goitre exophtalmique peut être influencé dans son évolution par la grossesse. Lorsque l'aggravation se produit, elle consiste souvent en accidents gravido-cardiaques qui peuvent arriver à un degré tel que l'interruption de la grossesse peut devenir nécessaire.

IV. — Néphrites graves avec accidents.

La grossesse exerce une influence des plus néfastes sur les malades atteintes antérieurement de néphrite chronique et si malgré le régime lacté ou même au besoin la diète hydrique, la tension reste très élevée, si on voit apparaître des troubles urémiques inquiétants il ne faut pas hésiter à interrompre la grossesse. D'ailleurs souvent l'amélioration souhaitée n'est pas obtenue et même après l'évacuation du contenu utérin on voit fréquemment ces malades, dont le rein est profondément atteint, succomber rapidement. Tel fut, en effet, l'évolution de l'affection chez la malade dont l'observation suit.

OBSERVATION 3

(Due à l'obligeance du Docteur PAREUX)

Mme X..., quintipare. Entre à la Maternité de la Pitié le 13 août 1925.

Antécédents héréditaires et physiologiques sans intérêt.

Antécédents pathologiques : soignée depuis 1923 pour néphrite chronique.

Antécédents obstétricaux : quatre accouchements normaux, le dernier en 1922.

Cinquième grossesse actuelle datant de quatre mois et demi.

Les quatre premiers mois se sont passés sans incidents. Le 10 août, hémorragie assez abondante. Le docteur Pareux, appelé, constate un utérus de consistance normale, dont le volume répond bien à une grossesse de quatre mois et demi. Auscultation positive.

A l'examen général, albuminurie peu abondante, tension élevée : 23-15 au Vaquez. Pas de troubles oculaires. Céphalée assez intense. La malade est admise à la Pitié le 13 août.

Dans les jours qui suivent la tension, malgré le régime continue à augmenter, atteignant le troisième jour 28 au Vaquez. A ce moment, la femme, jusque-là très calme, s'agite, délire et présente des signes de manie puerpérale. *Intervention d'urgence* le 16 août. Anesthésie à l'éther. Le col étant souple, on pratique une dilatation très poussée aux bougies d'Hégar; on arrive à introduire deux doigts dans l'utérus, à saisir un pied et à pratiquer l'extraction podalique du corps du fœtus. Pour extraire la tête on est obligé de pratiquer une perforation de cette dernière. Extraction digitale du placenta. Peu d'hémorragie. On pratique cependant un tamponnement de sécurité.

Immédiatement après l'intervention chute de la tension de 28 à 11.

La femme est très agitée et meurt dans les trois heures qui suivent.

OBSERVATION 4

(Due à l'obligeance du Docteur PAREUX)

Mme X..., secondipare de 25 ans.

Antécédents sans intérêt.

Antécédents obstétricaux :

Première grossesse en 1924; rien à sigaler jusqu'au septième mois; à partir de cette date, albuminurie massive (3 à 4 gr. par litre) avec élévation progressive de la tension artérielle. La femme accouche à terme d'un enfant vivant de 3.480 gr.; placenta normal.

Depuis l'accouchement, l'albumine ne disparaît plus : de 0,50 à 1 gr. La tension est à 15-10 au Vaquez. Wassermann négatif.

Deuxième grossesse actuelle. Dernière règles : fin novembre. Il s'agit donc d'une grossesse de quatre mois et demi environ. Dès le début apparaissent des hématuries. La tension ne se modifie pas jusqu'à fin avril. Vers le 28 avril les hématuries deviennent très abondantes. Examen cystoscopique : montre qu'il s'agit d'une hématurie rénale; exploration fonctionnelle des reins : rien d'intéressant. La tension maxima n'augmente pas et reste à 15.

La minima monte à 12 et demi; en même temps apparaît du clangor aortique.

Le 5 mai 1926 se manifestent des troubles oculaires : courte phase d'amaurose. On décide d'interrompre la grossesse.

Il s'agit donc d'une néphrite chronique à forme hématurique avec troubles oculaires.

Le 6 mai, à 9 heures, pose d'une laminaire n° 12 qui, seule, peut pénétrer.

Six heures après, retrait de la laminaire qui est remplacée aisément par un faisceau des 5 laminaires.

Le lendemain matin. Anesthésie au chloroforme. On parfait la dilatation aux grosses bougies d'Hégar. Extraction du fœtus à la pince mouchette de Bonnaire. La tête, restée isolée

dans l'utérus, est extraite par écrasement à la pince mouchette. Extraction digitale du placenta. Tamponnement.

Bonnes suites opératoires.

Nous en arrivons maintenant à des causes générales beaucoup plus rares, que nous signalerons très rapidement :

V. — Diabète.

Il est classique de dire que la grossesse exerce une influence nettement défavorable sur le diabète, mais surtout au cours des derniers mois. On sera donc très rarement obligé d'en arriver à l'avortement thérapeutique; on ne le pratiquera qu'au cours d'une diabète avec troubles graves du métabolisme n'ayant pas cédé au traitement médical bien conduit et surtout au traitement par l'insuline.

VI. — Anémie pernicieuse.

Cette affection rare constitue une maladie extrêmement grave au cours de la grossesse et si elle est diagnostiquée dans les premiers mois, l'interruption de la grossesse contituera la ligne de conduite adoptée dans la plupart des cas. D'ailleurs très souvent, malgré cette thérapeutique, l'affection poursuit son évolution rapide.

VII. — Chorée gravidique.

La chorée, lorsqu'elle se complique d'accidents cardiaques très accentués ou de troubles nerveux graves peut nécessiter l'avortement thérapeutique. Mais ici également les résultats ne sont pas suivis de l'amélioration souhaitée.

B. — Etats pathologiques créés par la Grossesse

1° Maladies ovulaires.

Il en est une qui doit occuper une place prépondérante : c'est l'endométrite hémorragique.

a) *Endométrite hémorragique.*

Nous rappellerons simplement qu'il s'agit d'une affection de la première moitié de la grossesse, débutant surtout vers le deuxième ou troisième mois, essentiellement caractérisée par des pertes séro-sanguinolentes ou sanglantes répétées pouvant amener une anémie intense.

Quel sont les éléments sur lesquels on se basera pour poser l'indication d'interruption de la grossesse au cas d'endométrite hémorragique ?

1° *Les troubles de l'état général.*

Ce sont ceux de l'anémie post-hémorragique : pâleur, rapidité du pouls, troubles visuels, tendances aux syncopes, etc...

Lorsqu'on les voit survenir avec une certaine intensité, l'interruption de la grossesse devient nécessaire. L'apparition de ces troubles commande la plus grande surveillance; il arrive en effet un moment où, chez ces femmes déjà anémiées par des hémorragies répétées, la moindre perte suffit à déclancher rapidement de graves accidents.

2° *La numération globulaire.*

Elle a une importance capitale. Il faut la pratiquer tous les deux ou trois jours et établir une courbe des globules. Lorsque le nombre des hématies arrive aux environs de deux millions sans aucune tendance à l'augmentation malgré la thérapeutique antihémorragique et au besoin la transfusion du sang, il ne faut pas hésiter à interrompre la grossesse.

3° *L'allure de l'hémorragie.*

C'est par l'examen quotidien de la garniture de la malade que l'on doit se rendre compte de l'abondance et de la répétition des hémorragies et, de ce fait, juger de la gravité du cas.

4° *L'âge de la grossesse.*

Il a également une influence sur la décision à prendre, et on sera d'autant plus tenté d'interrompre la grossesse que celle-ci sera moins avancée.

Mais, en fait, ce sont là des déterminations fort difficiles à prendre et bien souvent on hésite. Il s'agit de femmes qui ont réussi à amener la grossesse vers trois mois et demi et même parfois quatre mois; on espère les voir arriver à l'époque de la soudure des caduques, c'est-à-dire vers le cinquième mois, et pouvoir laisser alors la grossesse continuer son évolution régulière.

D'autre part il s'agit, le plus souvent, d'un enfant vivant, déjà avancé dans son évolution et on hésitera à le sacrifier bien plus qu'on ne l'aurait fait pour un jeune embryon.

On voit donc l'extrême difficulté que l'on éprouve pour poser l'indication de l'avortement thérapeutique au cours de l'endométrite hémorragique et en fait, dans les observations que nous allons relater, on a bien longtemps hésité et ce n'est qu'après l'étude attentive des symptômes, après des numérations globulaires répétées, après avoir usé au besoin de la transfusion du sang, que l'on s'est décidé à interrompre la grossesse.

D'ailleurs, il faut bien le dire, souvent tous les efforts de conservation de la gravidité sont loin d'être couronnés de succès et fréquemment, après avoir tout mis en œuvre pour permettre la continuation de la grossesse, on a la déception de voir survenir l'avortement spontané ou de constater une aggravation des symptômes qui impose l'avortement thérapeutique.

Observation 5

Mme P...; tertipare de 23 ans, est admise à la Pitié le 11 novembre 1925 pour pertes sanguines.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques sans intérêt.

Antécédents obstétricaux :

Première grossesse (1923), accouchement naturel à terme : fille vivante pesant 2.500 gr., présentant un bec de lièvre. Suites de couche normales.

Deuxième grossesse (1925), accouchement naturel à terme : garçon vivant pesant 4.750 gr., suites de couches normales.

Troisième grossesse actuelle : dernières règles, 20 juin. Il s'agit donc d'une grossesse de quatre mois et demi environ.

Au cours du deuxième mois de la grossesse la femme perd un peu de sang rouge pendant huit jours, puis elle a une

période d'accalmie et les hémorragies reprennent quinze jours après. Depuis le mois de septembre elles sont continuelles : ce sont des pertes noirâtres, légèrement fétides.

Examen d'entrée : au palper, on trouve une grossesse de quatre mois et demi environ. L'utérus est mou, mais se contracte sous la main.

Auscultation positive.

Toucher : col souple; fond utérin à l'ombilic.

Numération globulaire : globules rouges : 2.300.000; globules blancs : 11.200.

Le 13 novembre : globules rouges : 2.300.000. Transfusion de 200 grammes de sang.

Le 16 novembre : la femme perd toujours assez abondamment et souille plusieurs garnitures par jour.

Globules rouges : 2.400.000.

Globules blancs : 9.200.

Le 18 novembre : même état. Globules rouges : 2.700.000.

Le 21 novembre : globules rouges : 2.000.000.

L'auscultation est toujours postive.

Le 23 novembre, hémorragie abondante; état d'anémie accentué; faciès pâle, bourdonnements d'oreille, troubles visuels.

Globules rouges : 1.980.000.

On décide d'évacuer l'utérus.

Le 24 novembre pose de deux laminaires : n° 15 et n° 10.

Le 25 novembre intervention, sous-anesthésie à l'éther.

On augmente la dilatation par le passage de volumineuses bougies de Hégar; on y parvient sans peine. On saisit un pied et on essaie de faire une extraction podalique. Au cours des tractions le membre se rompt mais le siège apparaît à l'orifice du col; on l'amarre avec une pince de Museux et on extrait tout le fœtus par tractions; la sortie de la tête est assez difficile. Extraction du placenta très friable par curage digital suivi de curettage, qui ramène quelques débris placentaires et des fragments de muqueuse utérine fongueuse.

Le fœtus était exencéphale; il fait quelques inspirations. Il existait une bride amniotique très nette.

Tamponnement utéro-vaginal retiré six heures après.

Suites opératoires : bonnes. La malade sort le douzième jour.

Observation 6

Mme C..., secondipare de 28 ans, est admise à la Maternité de la Pitié le 15 novembre pour pertes sanguines.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques sans intérêt.

Antécédents obstétricaux :

Première grossesse : 1919, accouchement naturel à terme; enfant vivant, pesant 3.500 grammes; suites de couches normales.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : 5 juillet; il s'agit donc d'une grossesse de quatre mois environ.

Au début d'octobre la malade a eu quelques pertes sanguines survenant par intermittences; depuis un mois les pertes sont presque continues.

Examen. — *Au palper*, utérus remontant presque à l'ombilic.

Auscultation paraissant positive.

Au toucher : col long, fermé. Le fond utérin remonte aux environs de l'ombilic.

Numération globulaire : globules rouges : 2.680.000; globules blancs : 8.800.

Le 18 novembre : globules rouges : 2.200.000; globules blancs : 9.800.

Transfusion de 200 grammes de sang.

Le 20 novembre : globules rouges : 2.900.000.

Le 22 novembre : globules rouges : 2.020.000.

Le 24 novembre : globules rouges : 2.580.000.

Le 25 novembre : globules rouges : 2.300.000.

La femme perd continuellement et souille plusieurs garnitures par jour. Elle est très pâle, amaigrie. Elle accuse une soif vive et des bourdonnements d'oreille. Lypothymies.

On décide d'interrompre la grossesse.

Le 25 novembre, à 16 heures, mise en place de deux laminaires n° 15 et n° 9.

Le 26 novembre, à 11 heures, intervention sous-anesthésie à l'éther. On complète la dilatation aux bougies de Hégar. Il est impossible d'attirer le fœtus au doigt; on pratique une embryotomie atypique à la pince mouchette de Bonnaire. L'extraction de la tête dernière est assez difficile. On y parvient en pratiquant une perforation de la tête dernière.

Extraction du placenta au doigt; curettage de révision qui ramène des débris de placenta et des lambeaux de muqueuse fongueuse. Tamponnement utéro-vaginal qui est enlevé sept heures après.

Suites opératoires : très bonnes; la malade sort le douzième jour.

Observation 7

Mme P..., quartipare de 35 ans, est admise à la Maternité de la Pitié le 12 décembre 1925 pour pertes sanguines.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques sans intérêt.

Antécédents obstétricaux :

Première grossesse en 1917. Accouchement naturel à terme. garçon vivant pesant 3.500 gr. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse en 1920. Accouchement naturel à terme : garçont vivant. Suites de couches normales.

Troisième grossesse en 1922. Accouchement naturel à terme : fille vivante. Suites de couches normales.

Quatrième grossesse actuelle : dernières règles : 15 août. Il s'agit donc d'une grossesse de trois mois et demi environ. Depuis le mois de novembre la femme perd journellement de gros caillots et du sang noirâtre.

Examen d'entrée :

Au palper : utérus remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Au toucher : col métritique dévié à droite, fermé, mais souple. L'utérus est mou, globuleux et son fond remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Numération globulaire : 2.600.000 globules rouges.

Le 15 *décembre :* globules rouges : 2.300.000.

Le 18 *décembre :* globules rouges : 2.100.000.

La femme est très anémiée. Elle présente des troubles visuels, elle accuse une soif vive. Elle est très pâle et perd abondamment, tachant plusieurs garnitures par jour.

On décide de vider l'utérus.

Le 18 *décembre :* intervention, sous-anesthésie à l'éther.

Dilatation du col aux bougies d'Hégar. Extraction digitale du fœtus impossible. On est contraint de l'extraire par embryotomie à la pince mouchette de Bonnaire. Au cours d'une des prises on ramène un fragment de tissu semblable en tous points à du cordon ombilical, mais qui, cependant, en raison de son volume, paraît suspect. On explore alors au doigt la cavité utérine : on constate une grosse perforation du fond utérin; le doigt revient souillé de matières fécales. On passe aussitôt la malade à la salle d'opérations.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. On trouve une grosse perforation du fond utérin de forme circulaire. Hystérectomie subtotale. L'hystérectomie terminée, on constate un arrachement de la portion terminale de l'iléon et du fond du coecum. Résection iléo-colique. Anastomose latéro-latérale. Mickulicz dans le douglas; deux drains Goldmann dans la fosse iliaque droite au niveau du décollement colo-pariétal. Suture en un plan au bronze.

Suites opératoires : bonnes. Température assez élevée dans les jours qui suivent. Ablation des drains au quatrième jour; on retire le Mickulicz le dixième jour. La malade sort guérie, complètement cicatrisée quarante jours après l'intervention.

Observation 8

Mme M..., entre à la Maternité de la Pitié le 22 avril 1926 pour pertes sanguines.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques sans intérêt.

Antécédents obstétricaux :

Première grossesse en 1919. Accouchement naturel à terme; garçon vivant pesant 4.100 grammes. Suites de couches normales.

La femme a présenté dans la suite des pertes blanches assez abondantes.

Deuxième grossesse : dernières règles, 12 novembre 1925. Il s'agit donc d'une grossesse de quatre mois et demi environ.

A la fin du mois de janvier, pendant trois jours, pertes séro-sanguines assez abondantes.

Au mois de février survient une nouvelle perte de même abondance, de même durée.

Depuis le 15 *février,* pertes séro-sanguinolentes quotidiennes. La malade entre à la Maternité de la Pitié le 22 avril.

Examen d'entrée. — Femme pâle, anémiée.

A l'examen gynécologique : col long, fermé. Utérus remontant à l'ombilic. Le toucher ramène du sang.

Auscultation douteuse.

Tension artérielle 13-9. *Pouls* 95, faible.

Numération globulaire : globules rouges : 3.000.000.

Le 23 *avril.* — Pendant la nuit l'hémorragie a été assez importante.

La malade se sent faible; soif vive, bourdonnements d'oreille, troubles visuels. M. le Professeur Jeannin décide d'interrompre la grossesse.

A 16 *heures,* pose d'un faisceau de trois laminaires.

Le 24 *avril, à* 11 *heures,* intervention, sous-anesthésie à l'éther. On complète la dilatation aux bougies d'Hégar.

On tente d'abaisser un pied, mais on n'y parvient pas et on n'abaisse qu'un bras, que l'on sectionne: Embryotomie atypique à la pince mouchette. Perforation de la tête dernière isolée dans l'utérus. Extraction facile. Extraction digitale du placenta. Tamponnement qui est enlevé six heures après.

Suites opératoires parfaites.

b) *Môle hydatiforme.*

Ici, point de discussion possible. Dès que l'on a diagnostiqué une môle, il faut évacuer l'utérus. Mais on connaît bien la difficulté de diagnostic de cette affection que l'on confond très souvent avec l'endométrite hémorragique jusqu'au jour où l'expulsion de vésicules lève tous les doutes et indique le début de l'avortement molaire.

Les cas d'avortement thérapeutique au cours de cette affection sont donc rares en raison des difficultés de diagnostic qu'elle présente. Beaucoup ont été faits parce qu'on croyait à des endométrites.

Il est un élément qui vient parfois troubler singulièrement la question : c'est la coexistence des kystes ovariens, le plus souvent bilatéraux, avec l'utérus molaire.

Ces lésions, d'importance variable, sont fréquemment fugaces. Mais dans quelques cas ce sont des kystes qui vont persister et certains pourront avoir une évolution maligne. La question de l'hystérectomie totale se pose donc en présence d'une môle avec lésions ovariques. Elle est très difficile à résoudre, mais on serait plutôt tenté de pratiquer l'hystérectomie dans le cas d'utérus molaire avec gros kystes bilatéraux, alors que des kystes peu volumineux, susceptibles de regresser, bénéficieraient plus volontiers de l'abstention.

Observation 9 (malade de ville)

Mme S..., 42 ans.

Antécédents sans intérêt (5 enfants vivants).

Grossesse actuelle : dès le début la malade présente des pertes sanguines assez abondantes. Ces pertes passent par des alternatives de diminution et d'accroissement.

Au troisième mois, ces pertes sont plus abondantes, et devant l'état d'anémie marqué on décide d'interrompre la grossesse.

L'utérus présente le volume d'un utérus gravide de trois mois normal et on diagnostique une *endométrite hémorragique*.

Intervention évacuatrice. — On constate qu'il s'agit d'une *môle hydatiforme*. Curage digital suivi de curettage.

Suites opératoires parfaites.

Observation 10

Mme T..., quartipare de 24 ans, entre à la Maternité de la Pitié le 3 mai 1926 pour pertes sanguines.

Antécédents sans intérêt.

Antécédents obstétricaux :

Première grossesse en 1920. Accouchement normal : garçon vivant, 3.500 grammes.

Deuxième grossesse en 1922. Accouchement normal : fille vivante, 3.500 grammes.

Troisième grossesse en 1924. Accouchement normal : fille vivante, 3.700 grammes.

Quatrième grossesse actuelle : dernières règles : 20 mars.

Depuis la fin du mois de mars la femme présente des pertes sanguines abondantes quotidiennes accompagnées de quelques douleurs lombaires.

Depuis le 16 avril les pertes redoublent d'intensité.

Le 2 mai la malade présente une perte très abondante et elle rentre à la Pitié le 3 mai.

Examen d'entrée. — Femme pâle, très anémiée; bourdonnements d'oreille; soif vive.

Examen obstétrical. — Utérus mou remontant à l'ombilic. *On porte le diagnostic de môle* et on décide d'interrompre la grossesse.

Le 3 mai, à 12 heures, pose d'un faisceau de trois laminaires.

A 20 heures, évacuation utérine. *Il s'agissait d'une endométrite hémorragique* et on avait affaire à une grossesse de quatre mois et demi environ.

Extraction digitale du fœtus; la tête reste isolée dans l'utérus; on l'extrait en l'écrasant à la pince mouchette.

Extraction digitale du placenta.

Tamponnement utéro-vaginal.

Bonnes suites opératoires.

c) *Hydramnios aigu.*

C'est une affection rare survenant vers le quatrième ou cinquième mois caractérisée par une brusque distension de l'œuf déterminant souvent de graves phénomènes respiratoires par compression.

Il est exceptionnel de voir la grossesse évoluer et l'hydramnios passer à l'état chronique.

Souvent les membranes se rompent et l'avortement se fait spontanément. Mais très fréquemment on se voit obligé d'interrompre la grossesse en raison des phénomènes d'asphyxie progressivement croissants.

On s'y décide d'ailleurs aisément pour deux raisons principales :

1° Tout d'abord il s'agit, dans l'immense majorité des

cas, de jumeaux univitellins malformés que l'on se résigne facilement à sacrifier, ou de monstres unitaires parfois hydrocéphales;

2° D'autre part, la provocation du travail est le plus souvent très simple à effectuer : il suffit en effet de ponctionner l'œuf par voie vaginale pour voir dans les heures qui suivent se produire l'évacuation spontanée du contenu utérin.

OBSERVATION 11

Mme J..., quintipare, 36 ans, est admise le 4 décembre 1925 à la Maternité de la Pitié pour augmentation brusque du volume de l'abdomen.

Antécédents héréditaires, physiologiques, pathologiques sans intérêt.

Antécédents obstétricaux :

Première grossesse en 1911. Accouchement naturel à terme; garçon vivant.

Deuxième grossesse en 1913. Accouchement naturel à terme; garçon vivant.

Troisième grossesse en 1916. Accouchement naturel à terme; fille vivante, décédée à un mois de broncho-pneumonie.

Quatrième grossesse en 1924. Accouchement naturel à terme; fille vivante.

Cinquième grossesse actuelle, dernières règles 22 juin. Il s'agit donc d'une grossesse de cinq mois.

Examen d'entrée. — Inspection : abdomen énorme, varices des membres inférieurs. Œdème sus-pubien.

Palpation : utérus très volumineux; son fond remonte à 36 centimètres au-dessus du pubis. Il est très tendu et rénitent.

Auscultation négative

Toucher : col légèrement effacé, déhiscent; membranes très tendues. A travers le segment inférieur on sent une partie fœtale très mobile.

Signes fonctionnels : légère gêne respiratoire.

Le 10 décembre, l'utérus a augmenté de volume : hauteur utérine 42 centimètres, les troubles respiratoires sont bien plus marqués. On décide de ponctionner l'œuf. Le 11 décembre, à 10 heures, on rompt les membranes; il s'écoule environ un litre de liquide. A 15 heures on passe la femme à la salle de travail pour contractions utérines douloureuses. A 15 h. 30, expulsion d'une fille vivante pesant 1.020 grammes.

On rompt une seconde poche des eaux et il s'écoule alors sept litres de liquide amniotique. A 16 heures, expulsion d'une fille vivante pesant 1.400 grammes.

Délivrance naturelle et complète pesant 820 grammes; il s'agit d'une grossesse univitelline biamnotique.

Les deux enfants succombent dans les jours qui suivent.

II. — Auto-intoxication gravidique.

a) *Vomissements incoercibles.*

Les cas d'avortements thérapeutiques au cours de cette affection sont peu fréquents : les véritables vomissements incoercibles sont, en effet, très rares. Il existe deux grandes classes de vomissements graves de la grossesse : les vomissements d'origine nerveuse et les vomissements d'origine toxique; seuls ces derniers peuvent être justiciables de l'interruption de la grossesse. Le diagnostic en est extrêmement difficile; il n'est en général possible que par élimination, et on ne pourra conclure à leur existence qu'après échec de tous les traitements, et en particulier du traitement psychothérapique.

Quelle sera donc la ligne de conduite à adopter ?

En présence d'une femme atteinte de vomissements graves de la grossesse on procédera tout de suite à l'isolement de la malade. Le repos absolu au lit sera ordonné; on administrera une purgation ainsi que de grands lavages intestinaux. On pratiquera des injections sous-cutanées de sérum, des instillations intra-rectales continues de sérum glucosé, destinées à lutter contre la deshydratation de l'organisme.

L'alimentation par voie buccale devra être essayée et on connaît bien la bizarrerie de tolérance de ces malades vis-à-vis des divers aliments : telle femme qui supporte admirablement des aliments solides, grossiers vomira tous les aliments liquides qu'on lui fera ingérer.

La thérapeutique psychique jointe à l'isolement aura une importance capitale. On devra suggérer a ces malades qu'elles ne doivent pas vomir, pratiquer chez elle des injections de substance que l'on affirmera souveraines contre leur affection, et qui ne seront que de banales injections d'huile camphrée et de sérum. Nous avons vu, à la Maternité de la Pitié, des vomissements s'arrêter à la suite d'ingestion de vulgaires cachets de lactose que l'on déclarait, à haute voix devant les malades, contenir une poudre à vertus curatives puissantes, ne devant être donnée qu'avec parcimonie en raison de sa rareté.

Souvent sous l'influence du traitement tous les phénones s'amendent et la grossesse peut ainsi continuer son cours normal. Mais, dans d'autres cas, et alors il s'agit de véritables vomissements toxiques, l'état s'aggrave mal-

gré la thérapeutique bien conduite. Alors, il ne faut pas hésiter : la seule chance de salut est dans l'interruption de la grossesse.

Il faut savoir qu'il existe en outre des formes mixtes de vomissements incoercibles. Ce sont des femmes qui présentent des vomissements d'origine nerveuse, malades simulatrices ou malades de bonne foi, mais qui, de toute façon, s'entraînent à vomir. Elles arrivent à déséquilibrer leur organisme, à léser leur cellule hépatique, en un mot à transformer leur affection en vomissements toxiques: alors l'évolution est très rapide et parfois même l'interruption de la grossesse est impuissante à empêcher l'issue fatale. (Voir observation n° 14).

Quelles sont donc les éléments de gravité sur lesquels on peut se baser pour légitimer l'intervention évacuatrice au cas de vomissements graves?

Tout d'abord *le facies* de la malade, qui s'excave de plus en plus, devient terreux, cadavérique.

Le pouls qui faiblit, s'accélère.

Les urines qui deviennent très rares (200 cmc et parfois moins).

Le subictère qui apparaît; signe d'alarme témoin de l'atteinte hépatique.

L'allure de la courbe de poids qui montre l'amaigrissement rapide et progressif.

La sialorrhée ininterrompue.

Les vomissements incessants dont on juge la gravité par l'établissement du bilan des substances ingérées et des substances rejetées.

Tel est l'ensemble des symptômes, facteurs de gravité, dont la constatation va amener la détermination de l'interruption de la grossesse.

Mais lorsque l'aggravation se produit et que l'on décide d'intervenir, il faut agir vite car les événements se précipitent et évoluent rapidement vers l'issue fatale.

Observation 12

Mme P..., primipare de 30 ans, est admise à la Maternité de la Pitié le 3 novembre 1925 pour vomissements incoercibles.

Antécédents héréditaires : père décédé de tuberculose.

Antécédents pathologiques : pleurésie et pneumonie à 6 ans. A 22 ans, amaigrissement et toux. On diagnostique à la radioscopie un début de tuberculose pulmonaire. En 1922 la femme souffre de l'estomac, mais un régime amène vite la guérison. En 1924, pyélonéphrite guérie en un mois par le régime lacté et l'urotropine.

Antécédents obstétricaux. — Première grossesse actuelle : dernières règles 6 août. Il s'agit d'une grossesse de deux mois et demi environ. Le 8 octobre la malade commence à vomir; elle est traitée par du sirop de morphine, du sirop de belladone : aucun résultat appréciable. A partir du 25 octobre les vomissements augmentent, la malade ne conserve presque aucun aliment. Elle entre dans le service le 3 novembre.

Examen d'entrée. — Malade amaigrie, yeux excavés, langue blanche et sèche; sialorrhée abondante. Pouls 96, température 37, tension 13-8.

Vomissements abondants et fréquents. Poids de la malade 49 kil. 100; taille 1 m. 62.

Substances ingérées : 1.880 grammes, rejetées, 1.750.

Elle garde donc 130 grammes. Urines, 250 grammes.

On isole la malade, on tache d'obvier à la déshydratation

en administrant à hautes doses du sérum glucosé rectal et du sérum physiologique en injections sous-cutanées.

Le 4 novembre, pas d'amélioration.

Le 5 novembre, la malade vomit toujours aussi abondamment. Les vomissements sont vert foncé, presque noirs. On fait toujours du sérum, de l'adrénaline, de l'atropine. Ce jour-là la malade rejette 400 grammes de plus qu'elle n'a absorbé. Pouls, 100. Température, 37,4.

Le 6 novembre, sialorrhée toujours intense. Vomissements abondants. Les matières rejetées dépassent de 125 grammes les matières absorbées. Amaigrissement de 2 kilos en deux jours. Pouls, 96; température, 37,4.

Le 7 novembre, la malade apparaît très déprimée. Faciès terreux, yeux très excavés, langue sèche, soif intense.

Pouls à 120 moins bien frappé. Température, 37,5.

Subictère. — Urines peu abondantes : 200 cmc.

On décide de pratiquer aussitôt l'interruption de la grossesse.

Le 7 novembre, à 11 heures, intervention. Sous-anesthésie à l'éther. Dilatation aux bougies de Hégar, poussée le plus loin possible.

Le curage digital ne peut être fait, et on pratique un curettage au moyen de la curette de Cuzzi. Au cours du curettage on a des doutes sur l'intégrité utérine; on extrait le placenta au doigt. Hémorragie assez abondante; on décide de faire un tamponnement intra-utérin et d'attendre en surveillant attentivement la malade.

Aussitôt après l'intervention, malade très choquée, pouls imperceptible; transfusion de 200 grammes de sang, qui amène une amélioration immédiate.

Six heures après, ablation du tamponnement, pouls 120, température 37,5. Les vomissements ont cessé.

Le 8 novembre, état satisfaisant, la malade commence à s'alimenter; elle ne vomit plus. Température 37. Pouls 100.

Le 9 novembre la malade accuse une grande fatigue; elle

se plaint de son ventre. Au palper elle présente des signes de réaction péritonéale basse. Température 37. Pouls 112.

Dans l'après-midi elle commence à avoir des vomissements porracés. La contracture et la douleur deviennent presque généralisées; le pouls s'accélère, devient filiforme; les vomissements se répètent et un hoquet persistant s'établit. On décide d'intervenir.

A 23 heures, intervention. Anesthésie à l'éther.

Laparatomie médiane sous-ombilicale, ouverture du péritoine qui contient un liquide louche sirupeux sanguinolent. Les anses intestinales sont très dilatées, recouvertes de quelques fausses membranes. L'utérus presente, au niveau de son fond, près de la corne droite, une perforation arrondie des dimensions d'une pièce de cinquante centimes. On trouve dans le Douglas un volumineux fragment de placenta en décomposition.

Hystérectomie subtotale. Mickulicz. Suture en un plan aux bronzes.

Le 10 novembre. Température 37, pouls 120, faible, état très grave. Transfusion de 400 grammes de sang.

Le 11 novembre, pas d'amélioration.

Le 12 novembre, pouls 116, température 36,6, urines, 200 grammes. Transfusion de 200 grammes de sang. Ventre ballonné; pas de gaz; vomissements porracés. Lavement électrique sans résultat.

Le 13 novembre, température 36,5, pouls petit, 120; pas de gaz; toujours des vomissements; hoquet persistant; état très grave. Transfusion de 200 grammes de sang. Lavement électrique sans résultat.

Le 14 novembre. Température 37. Pouls à 116; pas de gaz. Lavement électrique qui amène quelques gaz et quelques matières.

Le 15 novembre, nouveau lavement électrique qui amène alors une grosse débacle de matières et de gaz; l'état s'améliore.

Le 16 novembre, plus de vomissements. Température 37,5; pouls 100; une selle spontanée; le mieux s'accentue.

Le 19 novembre, ablatation du Mickulicz.

L'état général s'améliore de plus en plus et la malade sort guérie et complètement cicatrisée le 7 décembre.

OBSERVATION 13

Mme X..., deuxième geste, de 24 ans, entre à la Maternité de la Pitié le 4 janvier 1926.

Antécédents héréditaires et physiologiques sans intérêt.

Antécédents pathologiques. A eu, il y a quatre ans une atteinte de tuberculose pulmonaire surtout marquée à droite. On aurait diagnostiqué une caverne du sommet. Pas d'hémoptysie, pas de bacilles dans les crachats.

Antécédents obstétricaux. Il y a trois ans une fausse-couche de deux mois.

Grossesse actuelle, dernières règles 25 octobre. Il s'agit donc d'une grossesse de deux mois environ.

Depuis huit jours la malade vomit tout ce qu'elle prend. Elle a de la sialorrhée. Elle a perdu 15 kilos, dit-elle.

Examen d'entrée. — Amaigrissement très marqué. Teint terreux, yeux excavés, sialorrhée intense, vomissements abondants. Pas de subictère.

Au point de vue pulmonaire l'examen physique et radiologique ne montrent rien de bien net (quelques séquelles de tubrculose). La malade est mise en observation et isolée. Elle continue à tout vomir et malgré les injections de sérum et les instillations intra-rectales de sérum glucosé, la perte de poids est d'environ un kilo par jour. Sialorrhée très intense. Température 37, pouls 90.

Le 7 janvier, pas d'amélioration, amaigrissement progressif; léger subictère. On se décide à évacuer l'utérus.

Le 7 janvier, à midi, pose d'une laminaire n° 16.

Le 8 janvier, anesthésie à l'éther; dilatation aux bougies d'Hegar rendue difficile en raison de la résistance particulière de l'isthme. On passe jusqu'au n° 17; la curette de Cuzzi peut être introduite et on extrait l'œuf par curettage. Utérus très mou, hémorragie abondante. Tamponnement utéro-vaginal. Six heures après ablation du tamponnement.

Suites opératoires parfaites. Le jour même les vomissements cessent; température normale; le lendemain, réalimentation normale. La malade sort guérie en parfait état le douzième jour.

OBSERVATION 14

(Due à l'obligeance de M. le Professeur JEANNIN)

Mme A..., Ipare, tout récemment mariée, commence une grossesse.

Dès le début, elle présente des vomissements très exagérés; refus de toute alimentation et de tout traitement parce que grossesse indésirable.

Après quelques rémissions la malade arrive au cours du troisième mois de sa grossesse et malgré le traitement alors suivi (isolement, sérum, etc...) on voit apparaître en quelques jours des symptômes graves : rapidité du pouls, sialorrhée intense, vomissements incessants, amaigrissement rapide, subictère.

En quelques heures l'état devient rapidement inquiétant et on décide d'interrompre la grossesse.

Intervention à 19 heures. — Hystérotomie antérieure. Evacuation utérine. Suture. Tamponnement.

La malade est très choquée et malgré toute la thérapeutique mise en œuvre elle meurt à minuit.

b) *Albuminurie grave.*

L'albuminurie tenace peut nécessiter par sa gravité l'interruption artificielle de la grossesse.

On sera en droit de la pratiquer lorsque, malgré le régime lacté exclusif et au besoin la diète hydrique, on voit la quantité des urines diminuer, le taux de l'albumine monter progressivement, la tension rester très élevée. Certaines complications graves de l'albuminurie et en particulier les troubls oculaires graves, témoins de la rétinite albuminurique constituent une indication formelle.

OBSERVATION 15

(Due à l'obligeance de M. le Professeur JEANNIN)

Mme F..., quartipare.

Antécédents pathologiques sans intérêt.

Deux grossesses normales.

Troisième grossesse, au cours du troisième mois la malade entreprend un voyage en mer; le bateau qui la transporte est torpillé; il coule et la femme reste 48 heures dans l'eau. A la suite de cet accident elle présente des accidents de néphrite. Au septième mois de sa grossesse : éclampsie; guérison.

Quatrième grossesse. — Dès les premiers temps la malade présente de l'albuminurie; au troisième mois, augmentation brusque de l'albumine; tension élevée; troubles oculaires. On décide d'évacuer l'utérus.

Mise en place d'un ballon.

Evacuation utérine. Tamponnement.

Guérison.

L'année suivante, nouvelle grossesse; la malade se trouve alors au Maroc. Au troisième mois elle fait des accidents albuminuriques très graves et la mort survient avant que l'on ait eu le temps d'interrompre la grossesse.

c) *Eclampsie.*

L'éclampsie précoce est exceptionnelle et de ce fait il est très rare d'avoir à pratiquer l'avortement thérapeutique pour accidents éclamptiques.

d) *Polynévrites graves généralisées.*

Nous mentionnerons simplement, étant donné leur rareté, ces manifestations de l'intoxication gravidique susceptibles par leur gravité d'entraîner l'interruption artificielle de la grossesse.

III. — Pyélonéphrites graves.

Il est très rare d'avoir à pratiquer l'interruption de la grossesse au cours de cette affection; on ne s'y résoudra qu'en cas de pyélonéphrites bilatérales graves avec accidents anuriques.

Observation 16

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Jeannin)

Mme X..., 20 ans, primipare.

Grossesse de cinq mois avec pyélonéphrite bilatérale.

Malgré le régime et le traitement appropriés, pas d'amélioration.

L'état général s'aggrave de plus en plus et devient très précaire.

La malade urine très peu (à peine 100 grammes).

On décide d'évacuer l'utérus.

Pose d'un petit ballon.

Quelques heures après, extraction digitale facile du fœtus et du placenta.

Amélioration très rapide; guérison sans incidents.

IV. — Rétention d'œuf mort.

On peut également avoir à pratiquer l'évacuation de l'utérus au cas de mort du fœtus pendant la première moitié de la grossesse, lorsque cette rétention d'œuf mort se prolonge longtemps sans tendance à l'évacuation spontanée.

En effet, pendant toute la période de rétention, l'utérus constitue un organe inutile immobilisé dans une inactivité stérile et souvent cependant la femme désire recommencer une grossesse. D'un autre côté, cet état ne permet pas à la gestante d'entreprendre de grands déplacements et il existe des circonstances particulières ou pour cette raison on peut être amené à évacuer l'utérus.

D'autre part, lorsque l'évacuation spontanée ne se produit pas, beaucoup de femmes sont sans cesse obsédées par l'idée de porter en elles un cadavre, et la situation longtemps prolongée dans ces conditions leur paraît intolérable.

Mais on ne devra agir dans tous les cas qu'avec une extrême prudence.

Le diagnostic de la mort du fœtus dans les premiers mois de la grossesse est extrêmement difficile, et ce n'est qu'après avoir pratiqué plusieurs examens espacés pour bien se rendre compte de l'arrêt de la grossesse que l'on se résoudra à prendre une décision.

Enfin nous citerons une cause d'erreur tout à fait exceptionnelle mais qui n'en est pas moins réelle cependant puisque nous en rapportons une observation. (Voir observation n° 19). C'est l'erreur qui consiste à croire à

une rétention d'œuf mort alors qu'il s'agit simplement d'une banale augmentation de volume de l'utérus au cours d'une grossesse extra-utérine. L'utérus se développe peu. Il n'y a pas d'augmentation appréciable perçue au cours des examens répétés. On croit à une rétention d'œuf mort que l'on décide d'évacuer, et l'on est tout surpris au cours de l'intervention de constater la vacuité utérine.

OBSERVATION 17

Mme G..., tertipare, 29 ans, entre à la Maternité de la Pitié le 16 novembre 1925 pour rétention d'œuf mort.

Antécédents physiologiques et héréditaires sans intérêt.

Antécédents pathologiques : opérée d'appendicite à 16 ans. Oprée d'ulcère gastrique à 24 ans; coqueluche en février dernier.

Antécédents obstétricaux. — Première grossesse en 1919, grossesse normale; accouchement naturel à terme : garçon vivant pesant 3.500 grammes, décédé en avril 1925, de rougeole.

Deuxième grossesse en 1924; accouchement naturel à terme : garçon vivant pesant 3.500 grammes, décédé en avril 1925, de coqueluche.

Troisième grossesse actuelle, dernières règles 15 avril. Au cours de la première quinzaine de juillet, montée de colostrum et depuis cette époque la femme a constaté que son abdomen n'augmentait pas de volume.

Depuis le mois de septembre la femme a été revue régulièrement et, après plusieurs examens, on a porté le diagnostic de mort du fœtus.

La malade entre le 16 novembre pour évacuation du contenu utérin.

Examen d'entrée : col souple, fermé; utérus à l'ombilic, très mou, auscultation négative.

Le 17 novembre, intervention sous-anesthésie à l'éther. Dilatation du col aux bougies de Hégar. Les bougies passent d'abord avec une certaine résistance, puis bien plus facilement.

Extraction digitale d'un fœtus momifié de quatre mois environ. Extraction digitale du placenta. L'intervention finie, on met un doigt dans l'utérus et on constate qu'il existe sur le bord gauche de l'isthme un éclatement à bords irréguliers par lequel le doigt introduit pénètre dans la base du ligament large. Il s'agit, vraisemblablement d'une rupture sous-péritonéale. Tamponnement utéro-vaginal qui est enlevé au bout de sept heures.

Suites opératoires. Glace sur le ventre. Expectative armée. La température, dans les jours qui suivent, ne dépasse pas 37,8. Pas de réaction péritonéale, pas de réaction pelvienne. La malade sort guérie le douzième jour.

Observation 18

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Jeannin)

Mme S..., quartipare.

Antécédents sans intérêt.

Antécédents obstétricaux : 1 enfant vivant, 2 fausses-couches.

Quatrième grossesse actuelle. Dernières règles : 20 novembre. Il devrait donc s'agir d'une grossesse de cinq mois environ.

L'examen obstétrical montre un utérus qui est développé comme pour une grossesse de deux mois et demi. Au cours des examens répétés on ne constate aucune augmentation de volume de l'utérus. Il s'agit donc vraisemblablement d'une rétention d'œuf mort datant de deux mois et demi environ et la femme désirant voyager on décide d'évacuer son utérus.

Intervention le 30 avril 1926.

A 9 heures, pose d'une laminaire n° 15.

A 18 heures, ablation de la laminaire.

Evacuation utérine facile à la curette d'un œuf mort de deux mois et demi environ.

Suites opératoires parfaites.

Observation 19

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Jeannin)

Mme X..., quartipare.

On diagnostique chez cette femme une rétention de fœtus mort vers quatre mois; la rétention dure depuis trois mois environ.

On décide d'évacuer l'utérus.

Essai de pose d'un ballon. — Au cours de la manœuvre on s'aperçoit que l'utérus est vide. On pense alors à la possibilité d'une grossesse extra-utérine et on fait transporter la malade en maison de santé.

Deux heures après son arrivée, signes d'hémorragie interne.

On intervient aussitôt. Il s'agit bien d'une grossesse extra-utérine rompue. Salpingectomie.

Guérison sans incidents.

Technique

La technique de l'interruption artificielle de la grossesse comprend deux temps bien distincts :

1° La création d'un passage à travers le col;

2° L'extraction de l'œuf.

Faut-il les pratiquer dans la même séance?

Nous pensons que toutes les fois que l'on peut disposer d'un certain temps, toutes les fois que l'urgence du cas ne nécessite pas l'évacuation immédiate de l'utérus, il vaut mieux procéder tout d'abord à la dilatation du col par les moyens lents, et dans une séance ultérieure, le lendemain le plus souvent, achever la dilatation et évacuer le contenu utérin.

Les procédés de dilatation brusque extemporanée nous ont paru toujours brutaux et difficiles dans leur exécution; on agit en dehors de tout travail et si on veut obtenir la dilatation suffisante pour mener à bien l'intervention on s'expose beaucoup à des déchirures du col, voir même à des éclatements de l'isthme qui peuvent avoir de graves conséquences.

Donc, toutes les fois que les circonstances le permettent il paraît préférable d'avoir recours à la dilatation

lente par laminaire. Les tissus se ramollissent, la dilatation s'amorce, la contractilité de la fibre utérine est excitée, le travail débute; le lendemain on parfait facilement et le plus souvent sans complications la dilatation aux bougies d'Hégar et on termine par l'évacuation de l'utérus.

Quant aux méthodes sanglantes, nous voulons parler de l'hystérotomie antérieure dont nous étudierons plus loin la technique et les indications, elles seront considérées comme une méthode d'exception.

Nous allons étudier maintenant la technique proprement dite de l'évacuation de l'utérus gravide en dehors de tout travail, mais, comme l'intervention se présente dans des conditions différentes suivant les diverses périodes de la grossesse ou on la pratique, nous diviserons notre étude en trois chapitres :

1° L'intervention pendant les deux premiers mois;

2° L'intervention entre deux et trois mois et demi;

3° L'intervention après trois mois et demi.

1° L'Intervention pendant les deux premiers mois

A cette période elle est le plus souvent pratiquée pour tuberculose ou plus rarement pour vomissements incoercibles.

On opérera en deux temps toutes les fois qu'on le pourra :

1er *temps :* mise en place d'une tige de laminaire.

2e *temps :* évacuation proprement dite de l'utérus.

1er *temps : mise en place d'une tige de laminaire.*

Toute anesthésie est inutile. Le vagin ayant été désinfecté, la vulve rasée, la femme sera mise en position gynécologique.

Un toucher vaginal soigneux aura été pratiqué afin de se rendre compte le plus parfaitement possible de la position de l'utérus.

Une valve déprimant la paroi vaginale postérieure, on place une pince de Museux sur la lèvre antérieure du col et on l'abaisse au maximum.

L'hystéromètre manié prudemment essaie de repérer la direction de la cavité utérine.

La grosseur de la tige de laminaire a employer sera variable mais on prendra la plus volumineuse possible; en moyenne, une laminaire n° 16 suffit. Cette tige sera donc saisie dans une compresse et les doigts vont la modeler légèrement pour lui donner l'incurvation la plus

favorable, c'est-à-dire celle qui se rapproche le plus de la direction de la cavité utérine. La tige de laminaire est ensuite lubréfiée par de la vaseline stérilisée et, après avoir été saisie par sa base au moyen d'une pince longuette, présentée à l'orifice du col. Lentement, sans violence mais avec une pression soutenue on tente l'introduction. Peu à peu la résistance de l'isthme est vaincue : on a tout à coup l'impression d'une résistance qui cède et la tige de laminaire s'enfonce à travers l'isthme forcé.

Le plus souvent, dans ces utérus gravides jeunes, une seule laminaire suffit; mais lorsqu'on constate que celle-ci se meut dans la cavité cervicale avec facilité il ne faut pas hésiter à placer à côté d'elle une deuxième tige plus petite. Ce sera le meilleur moyen de maintenir la première en place et la dilatation n'en sera que plus considérable. Le fil qui tient la base de la laminaire sera ensuite amené à la vulve, la pince de Museux enlevée, et un tamponnement vaginal à la gaze aseptique, modérément serrée sera mis en place afin d'éviter l'issue des tiges hors du col.

Dans les heures qui suivent on va voir survenir assez souvent des coliques utérines parfois très pénibles. On les calmera par les analgésiques habituels : souvent l'aspirine suffit, mais on n'hésitera pas si elles étaient intenses à pratiquer une injection d'un centigramme de morphine.

Faut-il laisser longtemps la laminaire en place?

Le gros inconvénient de l'emploi des tiges de laminaire étant l'infection il vaut mieux les laisser en place le moins de temps possible.

D'ailleurs, comme nous l'avons dit plus haut, c'est surtout un déclanchement du travail, un ramollissement des tissus que l'on recherche afin de pouvoir compléter sans danger, si cela est nécessaire, la dilatation aux bougies de Hégar, et point n'est besoin pour cela d'un séjour prolongé des laminaires dans l'utérus. Dans les observations que nous relatons les tiges de laminaire ont été laissées en général 18 à 24 heures; une seule application a suffi dans l'immense majorité des cas et dans une seule circonstance on s'est vu obligé, étant donné l'étroitesse du canal cervical, d'appliquer une petite laminaire n° 10; celle-ci fut remplacée 6 heures après sans peine par une tige plus volumineuse (n° 16), qui fut laissée en place pendant 12 heures. (Voir observation 2).

2e *temps. Evacuation proprement dite de l'utérus.*

Elle sera pratiquée, comme nous l'avons vu, de 18 à 24 heures après l'introduction des laminaires. C'est par curettage que l'on va agir. Sans doute le curage digital serait préférable, car il est moins traumatisant.

Mais d'une part, il nécessite une dilatation souvent impossible à atteindre dans ces utérus jeunes, d'autre part, l'œuf est peu volumineux et le clivage au doigt de cette masse de petit volume est très difficile.

Technique du curettage.

La malade anesthésiée est mise en position gynécologique. Le tamponnement vaginal et les laminaires étant enlevés, la vessie est évacuée complètement par cathétérisme. On procède alors à une toilette soignée de la vulve et du vagin que l'on badigeonne ensuite à l'alcool iodé.

Une valve large et longue déprimant la paroi vaginale postérieure, une valve courte et plus étroite refoulant la vessie, on amarre solidement le col au moyen d'une pince de Museux ou mieux d'une pince tire-balles moins traumatisante. Le col est ensuite sans brutalité abaissé à la vulve. On se rend compte alors de l'état de la dilatation. Parfois celle-ci est suffisante pour laisser passer la curette de Cuzzi et toute dilatation supplémentatire est inutile. Si cependant la dilatation était insuffisante on l'achèverait au moyen de bougies de Hégar. En général le col est suffisamment ouvert pour permettre le passage du n° 13. L'hystéromètre prudemment manié apprécie la direction et la longueur de la cavité utérine. La bougie est préalablement lubréfiée par de la vaseline stérilisée puis, pendant que la main gauche maintient la pince fixatrice du col, la main droite présente l'instrument à l'orifice cervival et, tout en exerçant une pression modérée mais soutenue, tente l'introduction en donnant à la bougie la direction de la cavité utérine. Au bout d'un instant on a la perception d'une résistance vaincue et la bougie franchissant l'isthme s'enfonce dans la cavité utérine dont le fond donne une sensation de résistance particulière. Mais il faut user d'une extrême prudence et d'une grande douceur. La bougie d'Hégar est un instrument dangereux pour ces utérus souvent ramollis et ce sont elles qui ont paru déterminer presque tous les cas de perforation utérine que nous rapportons dans ce travail.

La bougie est maintenue en place pendant une minute puis rapidement retirée et immédiatement remplacée par la bougie de volume supérieur.

On arrive ainsi jusqu'au n° 17 environ. A ce stade le plus souvent la curette de Cuzzi peut être introduite et le curettage proprement dit va commencer. Comme nous l'avons déjà dit c'est à la curette de Cuzzi que nous donnerons la préférence : elle a en effet les avantages combinés des curettes mousses et des curettes tranchantes sans en avoir les gros inconvénients. La curette est introduite doucement jusqu'au fond utérin puis ramenée jusqu'au col. Par ces mouvements de retrait on curette ainsi la face antérieure, la face postérieure, les bords latéraux; les cornes et le fond sont curettés par des mouvements latéraux imprimés à l'instrument. Au cours de cette manœuvre on finit par décoller l'œuf et à l'amener à l'extérieur soit dans sa totalité, soit par fragments. On termine alors par une révision prudente à la curette fenétrée afin d'enlever les fragments de muqueuse qui auraient pu échapper à la curette de Cuzzi puis au moyen d'une compresse enroulée sur une pince longuette on badigeonne la cavité utérine à la teinture d'iode.

Comme il s'agit le plus souvent d'un œuf vivant, l'hémorragie est toujours assez abondante et il est préférable de terminer par un tamponnement utéro-vaginal hémostatique.

Soins post-opératoires.

Le tamponnement sera laissé peu de temps en place pour éviter les accidents infectieux; il sera retiré au bout de 6 heures environ.

Dans les 3 ou 4 jours qui suivent la région hypogastrique sera recouverte par une vessie de glace.

A partir du 4e jour on donnera une injection vaginale chaude, pratiquée sous faible pression.

Telle est la technique de l'interruption artificielle de la grossesse dans les deux premiers mois. Comme nous l'avons déjà signalé, nous pensons qu'il vaut mieux agir en deux temps. Sans doute, quand il s'agit de tuberculose, on dispose toujours d'un certain temps et cette conduite est toujours possible. Mais en cas de vomissements incoercibles on peut être obligé d'évacuer l'utérus dans le plus bref délai. On se résigne alors à opérer en une seule séance. La dilatation sera pratiquée aux bougies d'Hégar en débutant par les moins volumineuses et elle sera lentement et prudemment poursuivie. Mais elle est souvent très pénible, surtout s'il s'agit d'une primipare a tissus résistants et ce sont les cas les plus fertiles en complications traumatiques. L'intervention sera ensuite terminée par curettage comme il a été indiqué ci-dessus.

2° L'Intervention entre deux et trois mois et demi

Ici l'œuf est déjà plus volumineux et de plus en plus la nécessité de l'intervention en deux temps se fait sentir.

1er *temps : pose de laminaires.*

A cette période il faut obtenir une dilatation assez avancée et on aura tout avantage à placer un faisceau de deux ou trois laminaires. Si la mise en place de ces tiges est impossible on se bornera à mettre en place une tige de laminaire n° 16 environ et au bout de quelques heures (six à huit en moyenne) on pourra généralement la remplacer par deux ou trois tiges juxtaposées qui permettront d'obtenir ainsi une dilatation plus considérable. La technique d'application de ces laminaires a été décrite en détail au chapitre précédent.

2e *temps : Evacuation proprement dite de l'utérus.*

Elle sera pratiquée comme nous l'avons vu plus haut de 18 à 24 heures après la mise en place des laminaires.

C'est à l'extraction digitale, procédé bien moins dangereux que le curage instrumental, que l'on donnera la préférence toutes les fois que les circonstances vont le permettre.

Technique de l'extraction digitale.

L'anesthésie générale est nécessaire.

Le tamponnement et les laminaires ayant été enlevés,

la femme ayant été mise en position gynécologique, la vessie évacuée, la vulve et le vagin sont soigneusement désinfectés par badigeonnage à l'alcool iodé.

La région étant ensuite isolée par des champs opératoires, deux valves vaginales sont mises en place, l'une longue et large repoussant la paroi recto-vaginale, l'autre courte et étroite refoulant en avant la vessie.

On apprécie alors l'état de la dilatation. Il faut quelle soit suffisante pour permettre l'introduction de l'index. Si cette dilatation est insuffisante on la complète au moyen de bougies de Hégar jusqu'à ce que l'on ait atteint les dimensions voulues. La technique de la dilatation aux bougies d'Hégar a déjà été décrite plus haut au cours de la description du curettage instrumental.

Au cours de l'introduction des bougies le plus souvent l'œuf est ouvert, si cela n'a déjà pas été fait au cours de la séance d'application des laminaires, et on voit alors s'écouler une quantité plus ou moins considérable de liquide clair.

On va alors commencer les essais d'évacuation du contenu utérin au doigt.

Il faut opérer à mains nues, soigneusement désinfectées par l'immersion dans l'alcool iodé fort. Sans doute l'intervention dans certains cas est possible à mains gantées, mais très souvent elle est irréalisable en raison des sensations confuses perçues par le doigt recouvert du gant de caoutchouc. Si cependant pour des raisons spéciales (une intervention septique ayant été pratiquée par l'opérateur les jours précédents), on décide d'opérer à mains gantées, c'est aux gants moulés souples qu'il faudra avoir recours.

Les valves sont donc enlevées et la main droite abondamment lubréfiée, les doigts disposés en cône, va tenter de s'introduire dans le vagin. On y parvient facilement chez les multipares; chez les primipares l'introduction est très difficile, mais en procédant lentement et avec douceur, en introduisant successivement tous les doigts on y arrive presque toujours.

De cette introduction dépend en effet toute la facilité de l'intervention, car il est très pénible et souvent impossible d'exécuter correctement et sûrement un curage digital sans introduire entièrement la main dans le vagin. L'index droit tente alors de pénétrer dans le col dilaté. Il y parvient parfois aisément; dans d'autres cas il éprouve un peu de résistance : une pression soutenue pendant quelques instants en a en général raison.

Pendant toutes les manœuvres la main gauche déprimant la paroi abdominale repère le fond utérin et le fixe solidement; elle le repousse même vers le bas amenant pour ainsi dire l'œuf à la rencontre du doigt utérin. Dans toute l'intervention la main gauche fixatrice du fond utérin joue un rôle capital.

L'index perçoit le fœtus et se recourbant en crochet essaie de l'entraîner à l'extérieur. Dans certains cas on y parvient aisément mais souvent le fœtus fuit comme une souris devant le doigt qui cherche à l'atteindre et on est alors obligé d'avoir recours à la curette mousse ou à la curette de Cuzzi pour l'extirper en totalité ou, par fragments. Dans les cas de grossesse assez avancée, aux environs de trois mois et demi, le fœtus est déjà plus volumineux et on peut avoir de grosses difficultés à l'extraire

surtout en raison des dimensions de la tête. On agira alors par embryotomie atypique ainsi que nous le décrirons au chapitre suivant.

Le fœtus étant donc extrait de l'utérus on va s'occuper du placenta déjà volumineux. L'index droit (intra-utérin) agissant de concert avec la main gauche (fixant le fond de l'utérus) s'insinue entre le rebord placentaire et la paroi utérine et, lentement, procède au décollement. Dans certains cas le décollement en masse est possible mais très souvent ce n'est que par fragments que l'on arrive à extirper la masse placentaire. Celle-ci étant extraite, le doigt vérifie la vacuité de l'utérus. On termine alors l'intervention par un curettage prudent à la curette de Cuzzi qui permet d'enlever les quelques débris qui ont pu échapper au curage digital et surtout la muqueuse utérine, temps indispensable dans les cas d'endométrite hémorragique.

On donne une petite injection intra-utérine iodo-iodurée sous faible pression; la cavité utérine est ensuite badigeonnée à l'iode et on pratique un tamponnement utéro-vaginal.

Soins post--opératoires. — Le tamponnement est enlevé au bout de 6 à 8 heures. Il est bon de placer pendant trois ou quatre jours une vessie de glace sur la région hypogastrique.

Dans quelques cas, malgré tous les efforts de dilatation, on n'aura pu se frayer à travers le col un passage suffisant pour introduire le doigt et pratiquer le curage digital. Il faudra alors procéder uniquement par curettage au moyen de la curette de Cuzzzi et extraire le fœtus et le placenta

par fragments. Mais ce sont des interventions souvent pénibles et elles ne constituent qu'une pratique d'exception.

C'est d'ailleurs dans ces cas que l'on pourrait discuter l'opportunité de l'incision antérieure du col et de l'isthme; l'hystérotomie antérieure. Mais il s'agit là d'une intervention qui n'est pas exempte de dangers.

Il n'existe pas de plan de clivage net entre l'utérus et la vessie et on s'expose ainsi à de graves lésions vésicales. D'ailleurs c'est une intervention qui dans les utérus jeunes donne peu de jour et en raison de ses dangers elle sera entièrement rejetée. On la réservera à des utérus déjà plus avancés dans leur gravidité, mais dans des cas exceptionnels d'ailleurs, comme nous le verrons plus loin.

3° L'Intervention après trois mois et demi

Après 3 mois et demi, l'intervention présente souvent, du fait du volume du fœtus à extraire, de très sérieuses difficultés.

Nous considérerons deux cas bien différents : dans un premier chapitre nous étudierons la technique de l'intervention dans les cas où il n'est pas indispensable d'évacuer l'utérus en un temps.

Dans un deuxième chapitre nous indiquerons la conduite à tenir dans les circonstances où l'urgence du cas commande l'évacuation extemporanée du contenu utérin.

A. — Conduite a tenir dans les cas ou la nécessité de l'évacuation immédiate ne s'impose pas

Ce sont de beaucoup les cas les plus fréquents. Ces interventions sont en effet réservées le plus souvent à des endométrites hémorragiques et il est exceptionnel que l'on soit obligé d'agir avec précipitation dans ces circonstances.

Ici plus que jamais se fait sentir la nécessité de l'intervention en 2 temps, étant donné le volume du fœtus.

1er *temps : dilatation du col.*

Etant donné l'âge avancé de la grossesse il faut obtenir le maximum de dilatation.

L'usage des dilatateurs métalliques (dilatateur de Bossi

par exemple), sera complètement proscrit; il s'agit là d'instruments trop puissants qui exposent à de graves lésions utérines.

Il reste à notre disposition deux moyens de dilatation :

Les laminaires.

Le petit ballon de Champetier.

Quand faut-il employer les laminaires?

C'est dans les cas où le col est long, peu souple, peu perméable, que l'on donnera la préférence aux laminaires. Mais dans ces cas il paraît utile d'user d'un faisceau de 2 ou 3 tiges de laminaires. L'application en a été décrite au chapitre précédent. Dans les cas où l'introduction de laminaires en faisceau sera impossible on se contentera d'appliquer une seule tige que l'on remplacera aisément quelques heures après par un faisceau de 2 ou 3.

Quand faut-il employer le ballon?

Il est des cas où les laminaires n'ont aucune action. Il s'agit alors le plus souvent de multipares à col souple : les laminaires glissent librement dans la cavité cervicale, éveillent difficilement la contractilité utérine et, malgré leur application en faisceau, elles n'ont qu'une efficacité très limitée pour la dilatation du col. C'est dans ces utérus dont le col est souple, suffisamment dilatable pour en permettre l'introduction, que l'on a tout intérêt à placer le petit ballon de Champetier : c'est lui qui permet d'obtenir la plus grande dilatation et il rend de ce fait la terminaison de l'intervention beaucoup plus facile.

Il est enfin des cas où on pourra faire un usage mixte des laminaires et du ballon. Le col étant insuffisamment dilaté pour permettre l'application du ballon, il sera préalablement dilaté par l'application d'une laminaire qui sera laissée en place pendant quelques heures. Celle-ci sera ensuite retirée et remplacée par le ballon qui pourra alors faire utilement son œuvre. Mais cependant ces manipulations intra-utérines répétées exposent considérablement à l'infection et cette technique d'application mixte ne sera vraiment réservée qu'à des cas de grossesse avancée, à col fermé primitivement peu dilatable, mais où il faut cependant obtenir une dilatation considérable pour permettre l'évacuation du contenu utérin.

Le petit ballon de Champetier se présente donc comme un moyen excellent de dilatation toutes les fois que les conditions sont favorables à son application. Sans doute il présente pour le praticien les inconvénients des ballons de caoutchouc, à savoir la difficulté de conservation, mais, quoique n'étant pas un instrument indispensable, il est cependant appelé à rendre de grand services.

Technique de l'application du ballon.

Le ballon ayant été stérilisé par l'ébullition, on en détermine la capacité en introduisant dans sa cavité au moyen de la seringue de Guyon, la quantité d'eau bouillie qu'il devra renfermer quand il sera dans l'utérus.

La femme est mise en position gynécologique. Une valve déprime la paroi postérieure du vagin; une pince tire-balles amarre la lèvre antérieure du col et l'abaisse

au maximum. On apprécie alors l'état de perméabilité du col; s'il n'est pas tout à fait suffisant pour permettre l'introduction du ballon, on augmente la dilatation par l'introduction de bougies d'Hégar.

Le ballon vide enroulé « comme un cigare » est ensuite placé entre les mors de la pince porte-ballon et celle-ci, préalablement lubréfiiée, est présentée à l'orifice du col et prudemment introduite dans la cavité utérine jusqu'à ce que la portion renflée du ballon soit au-dessus de l'orifice interne du col. La crémaillère de la pince est alors desserrée; on introduit avec la seringue, par le tube du ballon, la quantité d'eau bouillie préalablement déterminée; on obture le tube de caoutchouc avec une pince de Kocher, et, désarticulant la pince porte-ballon, on en retire successivement les deux branches.

Evolution du travail. — Après l'application du ballon, il est bon de pratiquer une injection sous-cutanée d'un demi centimètre cube d'hypophyse.

Le travail parvient à se déclancher et après un temps variable le ballon est expulsé. Dans les cas heureux on assiste, après l'issue du ballon, à l'évacuation spontanée du contenu utérin. Mais souvent cette évacuation spontanée ne se produit pas et il faut alors vider l'utérus à travers le col dilaté selon la technique que nous allons étudier au chapitre suivant.

2e temps. — Evacuation proprement dite de l'utérus.

Elle est pratiquée de 16 à 24 heures en moyenne après l'application des laminaires, parfois plus tôt si l'on s'est

servi d'un ballon. La femme anesthésiée est mise en position gynécologique. La vulve et le vagin sont désinfectés par badigeonnage à l'alcool iodé; la région est isolée par des champs opératoires. Deux valves vaginales, antérieure et postérieure, sont mises en place. Une pince tire-balles fixe la lèvre antérieure du col et l'abaisse. On apprécie ainsi nettement l'état de la dilatation; si on a fait appel au ballon, son application ayant été faite avec succès, la dilatation est certainement suffisante; mais si l'on s'est servi de laminaires en faisceau, il convient, dans la plupart des cas, de pousser plus loin la dilatation et on y parvient par l'introduction de grosses bougies d'Hégar maniées avec prudence.

1° *Extraction du fœtus.*

Il s'agit là d'une intervention souvent longue et pénible et on le conçoit fort bien lorsque l'on se représente qu'il s'agit souvent d'extraire à travers un canal cervical dont la dilatation est à peine supérieure à 2 francs, un fœtus déjà volumineux. Aussi très fréquemment se verra-t-on obligé de pratiquer une embryotomie atypique. Il est donc très difficile de donner une technique réglée de l'intervention. Nous allons cependant essayer d'indiquer les diverses éventualités que nous avons vu se présenter au cours des tentatives d'extraction dans les observations que nous rapportons et la ligne de conduite qui fut adoptée en pareil cas.

a) *Extraction du tronc :*

La dilatation ayant été jugée d'emblée suffisante ou bien complétée comme nous l'avons vu plus haut, la

main droite désinfectée et préalablement lubréfiée est introduite dans le vagin. On introduit l'index et, si cela est possible en même temps, le médius, à travers l'orifice du col; ces doigts vont à la recherche du fœtus pendant que la main gauche, placée sur la paroi abdominale, appuie sur le fond utérin.

Les doigts intra-utérins tentent d'accrocher un pied et essayent de l'attirer hors de l'orifice du col. Parfois on ne peut rien atteindre et il faut alors pratiquer une embryotomie. Souvent dans les efforts de traction sur le pied le membre se rompt; il faut essayer d'attirer l'autre pied, et, si on n'y parvient pas, il convient alors d'extraire le fœtus par fragments, comme nous le verrons plus loin.

Parfois, si le col est suffisamment dilaté, le membre assez résistant, il est possible d'extraire le tronc en entier par tractions podaliques prudentes mais soutenues. Mais lorsque au cours de ces tractions on perçoit une résistance trop grande, il faut placer des valves vaginales, fixer le col par une pince tire-balles et opérer sous le contrôle de la vue : on aperçoit alors le membre qui fait issue hors du col; on le saisit le plus haut possible avec une pince de Museux et on tire doucement. Dans certains cas le siège parvient à passer et le thorax peut être facilement attiré. Dans d'autres cas, comme nous l'avons déjà dit, le membre se rompt et tout le fœtus remonte dans l'utérus; il faut essayer alors de saisir l'autre pied; si on n'y parvient pas, il faut pratiquer un embryotomie.

L'embryotomie atypique.

Pour la pratiquer on va faire usage de la pince mouchette de Bonnaire. Sans nul doute elle constitue un ins-

trument traumatisant, mais c'est encore la moins dangereuse de toutes les pinces à faux germes et on est bien forcé d'y avoir recours puisque l'extraction digitale est impossible.

Les deux mors de la pince sont successivement introduits dans l'utérus, puis articulés et resserrés. Dès que l'on a l'impression d'avoir fait une prise solide on retire la pince en lui imprimant un mouvement de torsion. On extrait ainsi le tronc du fœtus par fragments; parfois un fragment volumineux est amené à l'orifice du col mais, en raison de son volume, il ne peut passer en même temps que la pince de Bonnaire : il faut désarticuler les branches de la pince, les retirer successivement, puis, sous le contrôle du doigt et de la vue, saisir, au moyen d'une pince de Museux, la portion du fœtus engagée dans le col; on l'extrait ensuite prudemment afin de ne pas léser l'utérus avec des esquilles osseuses.

On parvient ainsi lentement, souvent très péniblement à extraire par fragments tout le corps du fœtus. Exceptionnellement, à la fin de cette manœuvre, lorsque l'on a amené la partie supérieure de la cage thoracique, on a l'heureuse surprise, en tirant lentement sur cette portion, de pouvoir extraire la tête. Mais dans la plupart des cas, le cou se rompt et la tête reste isolée dans l'utérus; on l'extraira comme il est dit plus loin.

b) *Extraction de la tête :*

Deux cas peuvent se présenter :

1° *La tête tient encore au tronc ou à un fragment de tronc.* — Il faut fixer solidement le thorax et, en exer-

çant des tractions soutenues, on arrive parfois à extraire la tête. Si on sent une résistance assez forte, il faut pratiquer la *perforation de la tête dernière :* un aide fixant la tête par une forte pression abdominale, l'index gauche se place au contact de la région occipitale et une branche de ciseaux cheminant au contact de ce doigt perfore la paroi crânienne par des mouvements de vrille. On tire ensuite sur le tronc et la tête se laminant, se vidant de son contenu au cours de son passage à travers le col qui l'enserre, peut parfois être extraite. Mais souvent, au cours de ces manœuvres, le cou se rompt et la tête reste isolée dans l'utérus; cette éventualité constitue le deuxième cas que nous allons envisager.

2° *La tête est isolée dans l'utérus.* — Son extraction va, dans la plupart des cas, présenter de sérieuses difficultés. La tête, libre dans la cavité utérine rendue spacieuse par l'ablation du corps fœtal, fuit comme une véritable bille devant les instruments qui cherchent à l'atteindre et son extraction constitue très souvent le temps le plus difficile de l'intervention. En outre, parfois, après le passage du tronc, le col se rétracte, augmentant ainsi les difficultés des manœuvres intra-utérines.

Pour l'extraction il faut, afin de fixer le plus possible la tête, faire pratiquer par un aide expérimenté une expression abdominale soutenue. Puis on essaie de perforer la tête suivant la technique que nous avons étudiée plus haut. La matière cérébrale s'échappe, la tête devient flasque et on peut parfois l'accrocher du doigt et l'extraire ; si on n'y arrive pas, il faut faire une prise pru-

dente à la pince de Bonnaire; on ne la saisira à la pince de Museux que si on peut opérer sous le contrôle de la vue, la tête tendant à s'engager à travers l'orifice du col.

Si la tentative de perforation n'a pas été suivie de succès, il faut introduire successivement les deux branches de la pince mouchette, les articuler et essayer prudemment de faire une prise sur la tête afin de l'écraser. On l'extrait ensuite en totalité ou par fragments; dans ce dernier cas, il faut user de la plus grande prudence afin de ne pas léser la paroi utérine avec une esquille crânienne, dans les cas où on opère sur un fœtus déjà avancé dans son évolution.

Dans certains cas la tête fuit devant la pince et ne peut être saisie; il faut alors avec la curette mousse ou avec la curette de Cuzzi passée derrière elle, essayer de l'accrocher et de produire une perte de substance qui permettra l'évacuation de la substance cérébrale et l'extraction plus facile de la tête rendue ainsi plus préhensible.

Enfin il est des cas où malgré tous les procédés employés, malgré tous les efforts, il est impossible de saisir la tête. Le col se rétracte, l'opération traîne en longueur, et, chez ces femmes déjà malades, il convient de ne pas la prolonger outre mesure. Il reste alors une seule ressource à utiliser : *le tamponnement.*

On pratique un tamponnement utéro-vaginal serré à la gaze péroxydée. Ce tamponnement est enlevé douze heures après; souvent après l'ablation, la tête sort spontanément et c'est ce qui se produisit dans l'obsevation n° 2, où l'on fut obligé d'adopter cette ligne de conduite;

lorsque l'issue spontanée de la tête ne se produit pas, il est, en général, très facile de l'extraire.

Mais en raison des accidents infectieux auxquels cette manœuvre expose, elle sera considérée comme une technique d'exception, qui sera réservée aux cas où toutes les autres manœuvres ont échoué.

Telles sont les conditions dans lesquelles peut se pratiquer l'extraction d'un fœtus déjà volumineux à travers un col incomplètement dilaté. Ce sont des interventions souvent longues, difficiles; on devra les pratiquer avec grand soin, en maniant avec la plus grande prudence la pince de Bonnaire. Quant à la pince de Museux, c'est un instrument de préhension puissant mais très dangereux et on ne l'emploiera qu'en opérant sous le contrôle de la vue.

c) *Extraction du placenta :*

Elle est, en général, facile, car déjà les manœuvres destinées à extraire le fœtus et son passage à travers le col ont créé dans le canal cervical une voie assez large. Cependant il est des cas où après la sortie du fœtus le col se rétracte; alors une nouvelle dilatation aux bougies d'Hégar peut devenir nécessaire. Mais ces cas constituent l'exception.

C'est avec le doigt qu'il faut pratiquer le décollement du placenta. La main étant introduite dans le vagin, l'index et le médius, si possible, sont introduits dans le col pendant que la main gauche fixe le fond utérin à travers la paroi abdominale. Les doigts attaquent le placenta par sa périphérie, amorcent le décollement et lentement, progressivement, le poursuivent.

1° *Le décollement total est possible.* — Le placenta étant entièrement décollé, il faut alors l'extraire. Il faut l'attirer avec les doigts, exprimer au besoin l'utérus pour chasser dans le vagin la masse placentaire et, si ces manœuvres échouent, employer la pince de Bonnaire qui, introduite dans l'utérus, extrait aisément le placenta décollé.

2° *Seul le décollement partiel est possible.* — On arrive à décoller une portion du placenta, mais on est gêné par la masse décollée et on ne peut aller plus loin. On introduit alors successivement les deux branches de la pince mouchette de Bonnaire, on les articule, on saisit la portion décollée et on l'arrache en imprimant à l'instrument un mouvement de retrait combiné à un mouvement de torsion. On a alors de nouveau la voie libre et on peut continuer le décollement au doigt; si on est encore gêné par un nouveau fragment décollé, on recommence la même manœuvre et on arrive ainsi petit à petit à extirper la totalité du placenta. En somme, dans toute cette phase de l'intervention, c'est le doigt qui joue le rôle principal, la pince mouchette n'intervenant qu'accessoirement comme instrument préhenseur des portions placentaires décollées.

On termine l'intervention par un curettage léger et prudent à la curette de Cuzzi; cette pratique est absolument indiquée au cas d'endométrite, car il est indispensable, dans ces cas, d'enlever la muqueuse malade.

On revise au doigt la cavité utérine afin de rechercher s'il n'existe pas de solution de continuité et on termine

par un soigneux attouchement iodé suivi d'un tamponnement utéro-vaginal.

Soins post-opératoires.

Le tamponnement sera enlevé six à huit heures après. Un sac de glace sera placé sur l'hypogastre pendant trois ou quatre jours.

Telle est, dans son ensemble, la conduite de l'intervention évacuatrice de l'utérus gravide après trois mois et demi. Elle est pratiquée le plus souvent pour endométrite hémorragique. Parfois, comme nous l'avons déjà vu, alors que l'on avait porté le diagnostic d'endométrite, on a la surprise, au cours de l'intervention évacuatrice, d'extirper des vésicules caractéristiques. Il s'agissait d'une môle hydatiforme. Il faut alors pratiquer un curage digital soigneux suivi d'un curettage prudent et vérifier l'intégrité de la paroi utérine.

Nous terminerons ce chapitre en signalant une affection pour laquelle l'intervention évacuatrice nécessite une ligne de conduite bien spéciale : nous voulons parler de l'hydramnios aigu. Dans ce cas, la ponction de l'œuf suffit généralement à amener l'évacuation spontanée du contenu utérin.

Technique de la ponction de l'œuf.

Elle se pratique par voie vaginale; la ponction par voie abdominale, procédé aveugle et dangereux, doit être entièrement délaissé.

Toute anesthésie est inutile. Le vagin étant désinfecté, une valve large et longue déprimant la paroi vaginale

postérieure, une pince tire-balles saisit la lèvre antérieure du col et l'abaisse au maximum. Au moyen d'une pince longuette ou avec l'extrémité d'une branche de pince de Kocher on perce les membranes; on y parvient très facilement, étant donné la déhiscence du col et la tension intra-ovulaire considérable. Il est préférable de pratiquer une ouverture peu étendue afin d'éviter la brusque déplétion de l'abdomen.

Cette banale intervention est, dans l'immense majorité des cas, très efficace; au bout de quelques heures on voit le travail débuter et amener le plus souvent l'expulsion du contenu utérin sans qu'il soit nécessaire de pratiquer des manœuvres plus compliquées. (Voir observation n° 11.)

B. — Conduite a tenir dans les cas ou l'évacuation extemporanée de l'utérus s'impose.

C'est une éventualité fort rare et quand elle se présente il s'agit le plus souvent d'accidents gravido-cardiaques nécessitant l'évacuation immédiate du contenu utérin.

Le problème de l'évacuation de l'utérus se présente alors suivant deux aspects différents :

a) *Le col est souple :*

Il s'agit d'une multipare à tissus souples, à col facilement dilatable. Il faut pratiquer une dilatation très avancée aux bougies d'Hégar et extraire le fœtus comme nous l'avons indiqué plus haut par tractions podaliques ou, le plus souvent, par embryotomie atypique.

b) *Le col est peu dilatable :*

Dans ce cas, on peut user de la méthode sanglante et pratiquer *l'hystérotomie antérieure.* Cette intervention, ébauche de césarienne vaginale, consiste à inciser en avant le col et ce qui existe de segment inférieur, puis à évacuer le contenu utérin par le canal cervical ainsi aggrandi.

Technique de l'hystérotomie antérieure.

L'anesthésie générale est indispensable et s'il s'agit d'accidents gravido-cardiaques, il ne faut pas craindre le chloroforme.

La vulve et le vagin étant désinfectés, la vessie est vidée soigneusement par cathétérisme. Une valve longue et large déprime la paroi vaginale postérieure pendant qu'une valve courte et étroite refoule la vessie en avant. On amarre latéralement le col au moyen de deux pinces de Museux et, à l'aide de ciseaux courbes, on incise le vagin au niveau du cul de sac antérieur, au ras de son insertion sur le col. Puis, par petits coups de ciseaux, en se maintenant toujours au contact du tissu utérin, on amorce le décollement. Il arrive un moment où on tombe dans l'espace décollable vésico-utérin et alors très aisément, à la compresse, on achève le décollement jusqu'à la zone de solide attache du péritoine. On protège alors la vessie au moyen d'une valve introduite dans l'espace décollable; puis on incise, sur la ligne médiane, le col et le segment inférieur jusqu'à la zône de solide attache du péritoine. Au cours de cette section on rencontre souvent plusieurs anneaux de contraction étagés.

On extrait ensuite le fœtus par tractions podaliques ou par embryotomie atypique, ainsi que nous l'avons étudié au chapitre précédent; on pratique alors l'ablation du placenta.

On suture le segment inférieur au moyen de catgut résistant; il est inutile de suturer le col et le vagin. On termine par un tamponnement utéro-vaginal que l'on laissera en place six à huit heures.

Telle est la technique de l'hystérotomie antérieure. Mais c'est une opération qui n'est pas exempte de dangers. Elle est, comme nous l'avons déjà vu, à rejeter complètement dans les utérus gravides jeunes. Elle trouve de meilleures indications dans les utérus plus avancés dans leur gravidité; mais dans ces cas encore on se heurte souvent à de multiples inconvénients : d'une part le jour donné par la section est souvent peu étendu; d'autre part, la grossesse n'étant pas très avancée, le plan de clivage inter-vésico-utérin manque de netteté et on s'expose ainsi à la production de lésions vésicales.

Cette intervention ne constituera donc qu'une méthode d'exception et on ne se résoudra à l'utiliser que lorsqu'il sera impossible d'agir autrement.

Observation 20 (malade de ville)

Mme X..., tertipare, est vue au cours du troisième mois de sa grossesse et présente des signes de tuberculose évolutive qui font décirer l'interruption de la grossesse.

Intervention.

Hystérotomie antérieure. Plan de clivage peu net. On évacue l'utérus et, l'intervention terminée, on s'aperçoit qu'il existe une plaie pénétrante de la vessie. Réparation.

Guérison.

Accidents

1° L'Hémorragie.

Au cours des interventions que nous venons d'étudier il n'est pas rare d'observer des hémorragies abondantes. Ce fait s'explique facilement; on intervient en effet le plus souvent sur un œuf vivant qui saigne abondamment. Dans un des cas que nous avons rapporté, au cours de l'opération, l'hémorragie devint tellement abondante qu'elle parut mettre la vie de la femme immédiatement en danger; l'intervention n'était pas terminée et il restait encore dans l'utérus la tête isolée et le placenta. On se contenta de placer un tamponnement utéro-vaginal serré et, remettant à plus tard l'extraction, on dut pratiquer immédiatement une transfusion du sang qui permit de sauver la malade. (Voir observation n° 2.)

2° L'Infection.

L'infection post-opératoire est rare. On intervient en effet en dehors de tout travail, sur un œuf fermé. Cependant il faut bien connaître le rôle que jouent dans l'étiologie des accidents infectieux : les laminaires, les bal-

lons, les tamponnements; en un mot, tout ce qu'on laisse en place dans l'utérus. C'est d'ailleurs le gros reproche que l'on peut faire aux interventions en deux temps. Cependant, en laissant séjourner ces éléments dans l'utérus pendant un laps de temps relativement court, comme nous l'avons indiqué au cours de l'étude de la technique de ces interventions, on diminue beaucoup les chances d'infection. Si celle-ci se produit elle peut affecter tous les degrés pouvant aller même jusqu'à la septicémie ; mais dans l'immense majorité des cas il s'agit d'un état infectieux atténué et les infections annexielles en sont les manifestations les plus fréquentes. Quand elles se produisent elles ne sont souvent d'ailleurs que l'accentuation d'infections annexielles atténuées préexistantes, réveillées par les manœuvres intra-utérines.

3° Le Shock.

Il n'est pas rare d'observer un état de shock assez marqué à la suite de ces interventions intra-utérines.

Il s'agit souvent de femmes dont la résistance est parfois fort diminuée par l'affection qui a nécessité l'interruption de la grossesse; ces malades supportent mal l'intervention et l'hémorragie qui l'accompagne. Ce sont les interventions pratiquées pour vomissements incoercibles qui sont le plus souvent suivies d'états de shock parfois très graves.

Dans la plupart des cas le traitement toni-cardiaque, les injections de sérum et surtout la transfusion du sang permettent d'en avoir raison, mais il est des cas où toute

thérapeutique restant vaine la mort survient rapidement. (Voir observation n° 14.)

Enfin, il convient de citer la possibilité de mort rapide sur la table d'opération survenant par inhibition réflexe à la suite d'une perforation utérine.

4° La Perforation utèrine.

C'est la complication qui hante l'esprit de l'opérateur au cours de toute l'intervention. Elle peut en effet se produire à tous ses temps, qu'il s'agisse de manœuvres de dilatation ou d'évacuation.

A. — Etiologie

Nous allons étudier les diverses modalités de perforation qui peuvent se produire au cours de l'usage des divers instruments.

a) *Perforation par l'hystéromètre*

Elles se produisent surtout dans les utérus mous. Ce sont des perforations par transfixion, de petites dimensions, souvent méconnues. L'hystéromètre est un instrument dangereux qui doit être manié avec la plus grande prudence.

b) *Perforation par laminaires*

Elles sont assez rares. Lorsqu'elles se produisent elles siègent souvent au niveau de l'isthme : il s'agit en général d'utérus dont l'angle cervico-corporéal est très accen-

tué, utérus fortement antéfléchis ou rétrofléchis. On introduit la laminaire dans le col et on essaie de forcer l'isthme ,mais on bute sur sa paroi antérieure ou sur sa paroi postérieure et ainsi se constitue la perforation. Le péritoine peut être intact, la laminaire étant poussée dans le paramètre, mais le plus souvent la perforation est complète.

Ces perforations sont d'ailleurs souvent méconnues et c'est ce qui en fait le danger. En effet, au cours de son séjour à travers l'orifice, la laminaire dilate la perforation et ultérieurement au cours des manœuvres évacuatrices il est fort possible d'introduire au travers de la solution de continuité méconnue des instruments qui peuvent déterminer de graves lésions viscérales.

En outre, si la perforation est assez importante, au cours de son séjour la laminaire peut être pour ainsi dire avalée par l'utérus et passer dans le tissu cellulaire du ligament large ou même dans le péritoine selon que la perforation est complète ou incomplète.

c) *Perforations par bougies de Hégar*

Ce sont de beaucoup les plus fréquentes et dans presque tous les cas de perforation que nous rapportons dans ce travail, ce sont les bougies qui paraissent avoir déterminé des lésions perforantes.

Les solutions de continuité produites au cours de l'introduction des bougies d'Hégar semblent être produites suivant deux mécanismes bien différents : d'une part par transfixion, de l'autre par éclatement.

1. — *Perforations par transfixion*

Elles surviennent le plus souvent quand on opère en un temps. Le col est alors le plus souvent fermé, l'isthme résistant. Il faut, pour vaincre cette résistance, maintenir contre lui la bougie avec une force soutenue. Tout d'un coup l'isthme est forcé, la bougie passe librement, s'enfonce dans la cavité utérine, et, avant que l'on ait eu le temps de modérer la force nécessaire à sa pénétration, elle vient perforer l'utérus. Dans ces cas la perforation siège le plus souvent au niveau du fond. Elle peut siéger au niveau de l'isthme et alors relève le plus souvent du mécanisme que nous avons décrit plus haut au cours de l'étude des perforations par laminaires.

Quoi qu'il en soit, ce sont les petites bougies qui paraissent être les plus dangereuses, mais on peut fort bien observer des perforations produites avec les grosses bougies surtout s'il s'agit d'utérus gravides assez avancés, ramollis considérablement par la grossesse et surtout d'utérus à parois friables comme on en voit souvent au cours de l'endométrite hémorragique.

2. — *Perforations par éclatement*

Celles-ci se produisent également bien plus fréquemment quand on opère en un temps, c'est-à-dire dans les cas ou on n'a pas préparé la souplesse du col, déclanché le travail par une application préalable de laminaires. Il s'agit en général d'utérus avancés dans leur gravidité pour lesquels les manœuvres évacuatrices nécessitent une dilatation considérable. Les lésions sont alors déterminées

par le passage des grosses bougies d'Hégar. Il arrive un moment où la souplesse des tissus est épuisée; on a atteint le maximum de dilatation accessible sans lésions utérines et le moindre essai de dilatation supplémentaire par une bougie plus volumineuse fait éclater le tissu utérin. Il s'agit alors, soit d'une déchirure du col propagée à l'isthme, soit d'un simple éclatement isolé de l'isthme. Ces lésions sont souvent sous-péritonéales, la perforation s'ouvrant alors dans le paramètre. (Voir observation n° 17.)

d) *Perforations par curettes*

Elles sont surtout observées au cours de l'emploi de curettes tranchantes. Elles peuvent siéger au niveau du fond, mais peuvent également souvent se produire au niveau du point faible constitué par les cornes utérines.

Le curettage obstétrical proprement dit ne sera donc pas pratiqué à la curette tranchante. Comme nous l'avons dit, c'est à la curette de Cuzzi que nous donnons la préférence. Elle a en effet les avantages combinés des curettes mousses et des curettes tranchantes sans avoir les gros inconvénients. Les curettes mousses ont en effet peu de prise sur l'œuf et glissent souvent sur lui sans l'entraîner à l'extérieur. Comme nous l'avons déjà vu, les curettes tranchantes sont très traumatisantes et dangereuses. La curette de Cuzzi, renflée en massue à son extrémité, expose peu aux perforations par transfixion. Les cannelures qu'elle présente en font un instrument admirable pour curetter le fond utérin; en outre le peu de saillie de ces cannelures qui conservent cependant, du fait de leur di-

rection, toute leur efficacité, limite l'action traumatisante de l'instrument qui paraît être l'instrument de choix dans ce genre d'interventions.

e) *Perforations par la pince mouchette de Bonnaire*

Elles sont rares, à condition que l'instrument soit employé uniquement comme instrument de préhension des portions de placenta décollées. Si, en effet, on l'utilise pour happer le placenta encore adhérent on s'expose à blesser l'utérus. Mais ce danger qui constituait le gros inconvénient de toutes les pinces à faux germes est très réduit avec la pince de Bonnaire. Il existe en effet toute une série de pinces à faux germes, mais elles présentent toutes un gros inconvénient : elles ont une prise dangereuse par leur extrémité et on s'expose, en les utilisant, à enlever à « l'emporte-pièce » un fragment d'utérus. La pince mouchette de Bonnaire qui diffère de ces instruments par l'inclinaison que présente l'extrémité de ses mors constitue sans nul doute la moins traumatisante des pinces à faux germes. Cependant, il faut en user avec la plus grande prudence; on redoublera surtout d'attention lorsqu'il s'agit d'un utérus mou, flasque, inerte : une portion d'utérus peut alors s'insinuer entre les mors de la pince et être lésée par l'instrument.

f) *Perforations par des fragments osseux fœtaux*

Elles sont très rares et ne peuvent s'observer qu'avec des fœtus déjà âgés, à ossification avancée. Elles peuvent être produites par un fragment d'humérus, de fémur,

par des fragments de côtes qui viennent embrocher l'utérus et léser sa paroi.

Enfin, au cours de l'extraction de la tête par écrasement, un pariétal peut se placer transversalement et venir blesser la paroi utérine.

Anatomie pathologique

Les perforations sont complètes ou incomplètes selon qu'elles intéressent ou non la séreuse péritonéale.

I. — *Perforations complètes*

Elles peuvent siéger sur l'isthme (face antérieure ou face postérieure), mais on les trouve le plus souvent sur le fond ou au niveau des corres utérines qui constituent, comme nous l'avons déjà vu plus haut, un véritable point faible. Les dimensions de la perforation sont variables suivant l'instrument qui la détermine; dans certains cas, lorsque la perforation a été faite avec une bougie d'Hégar et qu'elle est immédiatement méconnue, l'orifice primitif peut être agrandi par le passage successif des autres bougies.

Enfin, comme nous le verrons plus loin au cours de l'étude des conséquences des perforations, on peut observer des lésions viscérales.

II. — *Perforations incomplètes*

Ce sont les moins graves. Elles siègent sur l'isthme et on a alors affaire à de véritables éclatements produits, comme nous l'avons vu, par le passage de volumineuses

bougies d'Hégar. Il s'agit soit de déchirures cervicales propagées à l'isthme, soit d'éclatements isolés. Les lésions siègent le plus souvent sur le bord gauche de l'utérus. L'orifice s'ouvre dans la base du ligament large, puis il est possible, au cours des manœuvres ultérieures, lorsqu'on ignore la perforation, d'introduire par l'orifice des instruments traumatisants qui peuvent déchirer le mince voile péritonéal, transformant ainsi la déchirure incomplète en perforation complète.

Diagnostic

Le diagnostic de la perforation est souvent d'une extrême difficulté et beaucoup de perforations restent méconnues. Sans doute dans certains cas, au cours des manœuvres, on a l'impression d'enfoncer très profondément une bougie d'Hégar, une curette et on est à peu près certain du diagnostic de perforation. Dans d'autres cas, au cours d'un passage pénible d'une grosse bougie d'Hégar, on est surpris subitement de la voir passer très aisément, ainsi que les bougies encore plus volumineuses : on pense alors à un éclatement de l'isthme.

Mais, comme nous l'avons déjà dit, le diagnostic de perforation est d'une extrême difficulté et beaucoup restent ignorées; quelques-unes sont simplement décelées lorsque, dans le doute, on pratique une révision utérine à doigt nu; mais même au cours de cette manœuvre, bien des perforations peuvent passer inaperçues.

Enfin, il convient de citer les fausses apparences de perforation : il s'agit alors d'utérus très mous, inertes.

dans lesquels les instruments s'enfoncent profondément, refoulant aisément la paroi utérine intacte.

Conséquences des perforations

Il est très fréquent de ne rien observer à la suite des perforations abandonnées à elles-mêmes et beaucoup de perforations passées inaperçues guérissent sans le moindre incident.

Cependant les accidents les plus redoutables des perforations sont les complications inflammatoires.

Accidents inflammatoires

On peut tout observer depuis la pelvi péritonite jusqu'à la péritonite généralisée. Tout dépend de l'état infectieux de la cavité utérine au moment de la perforation et à ce point de vue les perforations survenant dans des utérus où ont déjà séjourné des laminaires ou un ballon comportent un pronostic beaucoup plus sérieux.

Accidents hémorragiques

Indépendamment des accidents infectieux on peut observer des accidents hémorragiques. La perforation peut saigner à l'intérieur de la cavité abdominale et on peut assister à la constitution d'une hématocèle rétro-utérine. C'est une éventualité rare, mais un cas de ce genre a été observé par notre maître, M. le Professeur Jeannin, qui fut appelé à examiner une malade atteinte d'hématocèle rétro-utérine consécutive à une perforation utérine faite au cours d'un curettage pour rétention placentaire. Il

s'agissait d'une hématocèle suppurée; on fit une colpotomie et la malade guérit. Nous ne rapporterons pas cette observation car elle sort du cadre du sujet que nous nous sommes proposés d'étudier.

Enfin, les perforations peuvent être le premier temps de lésions plus graves, nous voulons parler ici des perforations compliquées de lésions viscérales.

Lésions viscérales associées

1° *Lésions de l'épiploon.* — Il est très possible, après une perforation, de voir l'épiploon s'engager à travers la brèche utérine. Au cours des manœuvres évacuatrices il peut être attiré à travers la brèche au moyen de la curette; il peut être saisi au moyen de la pince Bonnaire et présenter des lésions plus ou moins graves.

2° *Lésions intestinales.* — Les lésions intestinales sont très rares, mais il est cependant possible de les observer. Elle peuvent être produites soit par la curette soit par la pince de Bonnaire et alors elles sont susceptibles de présenter une grande étendue : l'intestin s'engageant parfois par la brèche méconnue à l'occasion de la poussée abdominale chez une malade incomplètement anesthésiée peut être saisi avec la pince de Bonnaire et gravement lésé. Il est laminé à travers la perforation, tiraillé, dépéritonisé, et se présente alors à l'extérieur sous la forme d'un cordon absolument identique au cordon ombilical. Il est des cas de grossesse avancée, à fœtus déjà fort bien dévellopé, où l'intestin maternel élongué à travers la perforation, très réduit de son volume, peut être confondu avec l'intestin fœtal.

Nous rapportons dans ce travail un cas de perforation qui fut suivi de lésions intestinales (voir observation n° 7.) La perforation fut vraisemblablement pratiquée par une bougie d'Hégar assez volumineuse. Une anse intestinale s'engagea à travers la perforation et ce fut elle que l'on saisit à la pince de Bonnaire alors que l'on croyait faire une prise solide sur le fœtus. On arracha ainsi un fragment de tissus qui parut de nature douteuse. Le doigt introduit dans l'utérus pénétra dans la perforation et revint souillé de matières fécales. On intervint aussitôt par voie abdominale et on constata que le fond du cœcum, l'appendice et la portion terminale de l'iléon avaient été arrachés. On pratiqua une hystérectomie subtotale, une régularisation intestinale suivie d'anastomose et la malade guérit.

3° *Lésions vésicales associées.* — Elles sont tout à fait exceptionnelles et lorsqu'elles se produisent elles coexistent avec une perforation de l'istme (face antérieure).

Traitement des Perforations

A. — Traitement immédiat

1° *Utérus non infecté*

C'est l'éventualité habituelle. Il s'agit en effet de cas où l'on a opéré en un temps et nous avons vu que dans ces conditions les perforations paraissaient plus fréquentes en raison des manœuvres de force que nécessitait parfois la dilatation extemporanée.

Deux cas bien différents sont à envisager suivant que la perforation est basse (sous-péritonéale) ou haute (complète).

a) *Perforation basse*

C'est dans l'immense majorité des cas une perforation sous-péritonéale, par surdistension de l'isthme au moyen de volumineuses bougies d'Hégar. La meilleure pratique paraît être l'abstention. Il faut pratiquer un tamponnement utéro-vaginal qui sera laissé en place huit à dix heures, appliquer de la glace sur le ventre; le plus souvent, sans aucun incident la malade guérit (voir observation n° 17). Parfois, cependant, le tissu cellulaire de la base du ligament large réagit; on observe une poussée de

paramétrite; elle cède généralement au repos et aux applications abdominales de glace, mais dans certains cas peut évoluer jusqu'à la suppuration et nécessiter une colpotomie.

b) *Perforation haute*

Il s'agit alors d'une perforation complète et ici l'intervention est à discuter.

I. — *Petite perforation*

Dans la plupart des cas l'abstention ne s'accompagne d'aucun accident. Il faut se garder de donner une injection intra-utérine, placer de la glace sur le ventre et dans les jours qui suivent exercer une surveillance attentive; le plus souvent la malade guérit sans incident.

Sans doute, c'est la ligne de conduite que l'on observera par exemple pour une perforation faite au cours d'une intervention pour vomissements incoercibles, car on hésite alors à sacrifier cet utérus susceptible de recommencer une grossesse normale. Dans ces cas d'ailleurs l'hystérectomie constituerait une intervention souvent trop choquante pour ces malades déjà affaiblies.

Mais si l'accident se produit au cours d'une évacuation du contenu utérin pour tuberculose, on hésite beaucoup et on sera souvent tenté de pratiquer l'ablation de l'utérus. Le problème se présente en effet sous un jour très spécial : on a affaire à une femme qui, en raison de ses lésions tuberculeuses, pourra présenter de nouveaux accidents au cours des grossesses ultérieures; en outre, comme nous l'avons vu plus haut, les produits de la concep-

tion sont souvent de médiocre valeur. On se demande alors si en vue d'une grossesse ultérieure, d'ailleurs souvent bien compromise, si en vue de la conception d'enfants fréquemment malingres, chétifs, succombant souvent au cours de la première année, on est en droit de laisser en place cet utérus perforé dont la conservation fait courir à la femme les risques, rares il est vrai, mais cependant réels, d'une péritonite généralisée qui peut être mortelle. Ce sont là les arguments qui plaident en faveur de l'hystérectomie.

De même, lorsqu'au cours d'une intervention évacuatrice pour môle on fait une perforation utérine, il paraît indiqué de pratiquer sans hésiter l'ablation de cet utérus dont les parois sont souvent déjà envahies.

II. — *Grosse perforation*

Ici il paraît préférable d'intervenir. Les risques d'infection sont beaucoup plus nombreux; l'hémorragie est plus abondante, pouvant même devenir inquiétante. En outre, le sang épanché dans l'abdomen en quantité plus ou moins considérable, constitue un excellent milieu de culture pour les germes qui viennent librement de la cavité utérine et les risques de péritonite sont fort augmentés.

2° *Utérus infecté*

On considèrera comme cas infectés ceux où on est intervenu en deux temps, c'est-à-dire les cas où une application préliminaire de ballon, de laminaires a été faite. D'ailleurs, comme nous l'avons déjà vu, dans ces cir-

constances, généralement les manœuvres de dilatation forcée du col ne sont pas nécessaires et les cas de perforation sont bien plus rares.

Mais lorsqu'une perforation se produit dans un utérus infecté, il paraît nécessaire d'enlever aussitôt l'organe.

Dans tous ces cas quel procédé employer ?

L'hystérectomie vaginale se présente comme le procédé de choix. Tout est prêt pour la pratiquer : on n'a besoin d'aucune instrumentation supplémentaire, d'aucun changement de position de la malade; en quelques instants l'utérus peut être enlevé.

C'est une opération en général facile, peu choquante; elle présente en outre le gros avantage de drainer au point déclive.

Cependant, lorsqu'il s'agira d'une perforation utérine survenue au cours d'une évacuation pour môle hydatiforme, on préfèrera pratiquer une hystérectomie abdominale en raison de l'état de mollesse extrême de l'utérus qui peut rendre l'intervention par voie basse pénible et dangereuse.

3° *Perforation avec lésions viscérales*

S'il existe des lésions viscérales avérées ou soupçonnées, sous-jacentes à une perforation utérine, il faut sans aucun doute intervenir le plus tôt possible par voie haute et pratiquer l'hystérectomie. Il faut ensuite traiter les lésions intestinales, pratiquer au besoin une résection intestinale, réséquer l'épiploon traumatisé. Dans ces cas il

paraît préférable de ne pas péritoniser le petit bassin et de pratiquer un tamponnement à la Mickulicz.

B. — Traitement secondaire

Nous engloberons sous ce titre le traitement des perforations, méconnues ou connues traitées par l'abstention, qui se compliquent au bout de quelques jours d'accidents péritonéaux.

1° *Accidents localisés*

S'il s'agit d'une péritonite localisée, d'une pelvi-péritonite, il vaut mieux s'abstenir : l'intervention aboutirait fatalement à la diffusion de l'infection. Il faut prescrire le repos complet, la glace sur le ventre et surveiller attentivement la malade; si l'affection se généralise il faut intervenir par laparatomie. Si l'affection reste localisée, il peut être nécessaire d'évacuer par colpotomie une collection du Douglas. Nous avons en outre signalé déjà plus haut un cas où l'on dut évacuer par colpotomie une hématocèle rétro-utérine suppurée consécutive à une perforation utérine.

2° *Accidents généralisés*

Si, au contraire, des signes de péritonite généralisée apparaissent, il faut aussitôt intervenir.

Quelle voie faut-il adopter ?

Il paraît préférable de pratiquer une *hystérectomie abdominale*. La voie haute paraît être la meilleure; elle

permet en effet d'explorer les organes voisins et de déceler des lésions viscérales toujours possibles.

De plus, l'intervention étant pratiquée en général deux ou trois jours après la perforation, l'utérus est déjà immobilisé par quelques adhérences et très fréquemment aussi par l'infiltration des ligaments larges qui apparaissent à l'intervention rigides, cartonnés.

Cette fixité relative de l'utérus rendrait l'intervention par voie vaginale difficile, dangereuse et souvent même impossible.

On pratiquera donc une hystérectomie subtotale rapide; on ne péritonisera pas et on terminera par un drainage qui sera fréquemment constitué par un sac à la Mickulicz.

5 Les Accidents de l'Hystérotomie antérieure.

A. — *L'ouverture du péritoine.*

C'est en général un accident peu grave. Si l'orifice est facilement accessible, il faut le suturer; sinon il suffit de drainer par une mèche l'espace inter vésico-vaginal.

B. — *La blessure de la vessie.*

C'est, nous l'avons déjà vu, le gros écueil de l'hystérotomie antérieure, véritable danger de l'intervention, surtout lorsqu'on la pratique sur des utérus gravides jeunes. Si elle se produit, il faut décoller largement les bords de la déchirure puis suturer celle-ci en deux plans : un plan total et un plan musculaire d'enfouissement. Il importe de placer ensuite dans la vessie une sonde à demeure. Mais les résultats de ces interventions sont souvent aléatoires et il n'est pas rare d'observer dans la suite des fistules vésico-vaginales ou vésico-utérines qui nécessitent des interventions réparatrices secondaires en général très difficiles.

Conclusions

Indications

1° L'indication la plus fréquente de l'intervention évacuatrice de l'utérus pendant les six premiers mois de la grossesse paraît être constituée par l'*endométrite hémorragique*.

En seconde ligne vient la *tuberculose*.

Plus accessoirement on trouve les *vomissements incoercibles* : étant donné l'extrême rareté des véritables vomissements toxiques, grâce à l'isolement et à la psychothérapie, on interrompt de moins en moins la grossesse pour cette affection.

La rétention prolongée d'œuf mort constitue une indication intéressante d'intervention évacuatrice du contenu utérin.

2° L'interruption de la grossesse dans les cas d'*endométrite hémorragique* sera basée sur :

Les symptômes généraux,
La numération globulaire,
L'abondance de l'hémorragie,
L'âge de la grossesse.

3° On interrompra la grossesse chez les *tuberculeuses en évolution* n'ayant pas dépassé le quatrième mois de leur gestation.

Technique

1° Toutes les fois que l'urgence du cas ne nécessitera pas l'évacuation immédiate, on interviendra en deux temps :

a) Mise en jeu du travail par laminaires ou ballon;

b) Evacuation proprement dite du contenu utérin.

2° *Dans les deux premiers mois* on pratiquera l'évacuation par curettage au moyen de la curette de Cuzzi.

3° *Entre deux mois et trois mois et demi* on donnera la préférence au curage digital.

4° *Après trois mois et demi* on interviendra le plus souvent par embryotomie atypique. Le temps le plus difficile sera fréquemment constitué par l'extraction de la tête dernière.

5° L'*hystérotomie antérieure* sera une méthode de grande exception. On ne l'utilisera que pour des utérus avancés dans leur gravidité lorsqu'il sera absolument impossible d'intervenir par un autre procédé. Elle sera entièrement délaissée dans les cas de grossesse peu avancée.

Accidents

1° *La perforation utérine* est la complication majeure de ces interventions. C'est elle qui doit hanter l'esprit de l'opérateur au cours de tous les temps de l'intervention.

2° *Le diagnostic des perforations* est difficile; beaucoup sont méconnus et guérissent spontanément.

3° *Le traitement des perforations* comporte une conduite variable suivant les cas.

a) *Utérus non infecté :*

S'il s'agit d'une grosse perforation, il vaut mieux intervenir.

Si l'on se trouve en présence d'une petite perforation, la conduite à adopter est variable suivant la nature de l'affection qui a nécessité l'intervention évacuatrice : s'il s'agit de tuberculose on est tenté d'enlever l'utérus; s'il s'agit de vomissements incoercibles, on penche vers la conservation de l'organe.

b) *Utérus considéré comme infecté*, c'est-à-dire utérus dans lequel ont séjourné pendant un temps plus ou moins long des laminaires ou un ballon.

Dans cette circonstance, il paraît risqué de s'abstenir.

4° Dans tous ces cas, lorsqu'on décidera d'intervenir on pratiquera une *hystérectomie vaginale*.

5° Lorsqu'il existe des *lésions intestinales associées* à la perforation, il faut immédiatement intervenir par *voie haute*, enlever l'utérus et traiter les lésions intestinales.

6° *Le traitement des péritonites généralisées* consécutives aux perforations utérines comporte l'*intervention par voie haute* : hystérectomie abdominale et drainage.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

LAPIE.